



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

La salud pública y la especialización de la
medicina en México: el caso de la pediatría en
Yucatán y el Hospital del Niño de Mérida, 1940-1966.

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTORA EN HISTORIA

P R E S E N T A

FÉNIX MARTÍNEZ AZCORRA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS RUVALCABA MERCADO

MÉRIDA, YUCATÁN, FEBRERO DE 2017



Fotografía: Rodolfo Canto Carrillo

COMITÉ DE TESIS

**DR. JESÚS RUVALCABA MERCADO
DIRECTOR**

**DRA. PAOLA PENICHE MORENO
SÍNODO**

**DR. CARLOS ALCALÁ FERRÁEZ
SÍNODO**

**DR. JESÚS LIZAMA QUIJANO
SÍNODO**

*Yo no sé porque el hombre suele considerarse más importante que el niño.
¡No tiene razón!
El hombre es, ya el hombre; en cambio, el niño es el niño y el hombre.
Felipe Carrillo Puerto.*

AGRADECIMIENTOS

El apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores fueron fundamentales para el desarrollo y conclusión de esta investigación, la cual se presenta aquí como tesis de doctorado. El Programa de Doctorado en Historia, perteneciente al Centro Peninsular del CIESAS fue la cuna en la cual este proyecto nació, creció y llegó a conclusión. Sin la guía adecuada, la orientación y la enseñanza de los profesores-académicos el proceso no hubiera sido tan enriquecedor y las piezas no hubieran encajado como lo hicieron. No dejo de lado al personal administrativo que siempre, de la mejor manera posible me apoyaron en todos los trámites y en distintas circunstancias

Al Dr. Jesús Ruvalcaba, quien con esfuerzo y dedicación aceptó el reto de acompañarme estos cuatro años. Su orientación profesional marcaron de manera positiva no solo mi trabajo, también el proceso personal que conlleva los cuatro años de estudio. Muchas gracias, su labor de asesor fue más que rebasada y su calidez humana fue un factor distintivo en la relación asesor-alumna. A la par del apoyo de mi asesor, tuve la fortuna de contar con la orientación de la Dra. Paola Peniche, quien no sólo fungió como atenta revisora de la investigación, también como amiga y compañera insustituible en esta travesía (no hay palabras para agradecer tu apoyo y cariño). A los doctores Alcalá y Lizama, quien pacientemente y con el mejor ánimo y profesionalismo me acompañaron y orientaron para la conclusión de esta investigación, sus aportes y opiniones fueron vitales. La idea inicial de estudiar el Hospital del Niño de Mérida, fue de la Dra. Gabriela Solís, a la que agradezco su orientación y empuje en el tema. También va mi afecto y agradecimiento a mis compañeras del doctorado, sin ellas el camino hubiese sido muy aburrido.

En lo personal, muchas personas y de formas muy diversas contribuyeron en este trabajo. Gracias a mis familias (biológica y de crianza), quienes aún sin tener muy claro lo que el proyecto de estudiar un doctorado significaba, igual compartieron conmigo la alegría de haber sido aceptada y estuvieron al

pendiente de mi desarrollo en estos años y hoy, estoy segura sienten igual o más orgullo que yo. En gran parte de esta historia Joel estuvo presente, alentándome y escuchando por horas y horas mis argumentos e ideas que luego construyeron esta investigación, gracias por tu compañía y apoyo invaluable.

Por último, mi corazón se llena de gratitud al escribir los siguientes nombres, porque cada uno a su manera, durante mayor o menor tiempo, alimentaron este trabajo, mi vida y mi crecimiento personal y profesional: Teresa (por los ánimos y las terapias), Luis Fernando (sin tu apoyo, todo hubiera sido más difícil), Fito (por escuchar mis agobios y preocupaciones de todo tipo, así como la ayuda con la edición del trabajo), Enrique (“matar al león” marcó la diferencia), Eduardo (por los paseos que me sacaban del agobio y las porras desde lejos), Sergio (por darme los mejores consejos), Pino y Ulises (por las porras), Ignacio (por los memes de tesis y el apoyo en la conclusión de este trabajo), Elena (siempre pendiente) y Andres (por las charlas sobre infancia que alimentaron este trabajo), todos ustedes, al estar en mi vida, de la manera en que están, así como su cariño y apoyo contribuyeron a que esto sea posible, gracias siempre.

RESUMEN

Esta investigación aborda el proceso en el cual el Estado mexicano respondió a las nuevas condiciones sociales y políticas, tanto nacionales como internacionales, que el naciente siglo XX presentaba en cuanto a la atención a la salud infantil se refiere. Conocer el proceso por el cual la salud pública y la medicina pediátrica fue profesionalizándose y encontrando un lugar en el surgimiento de una nueva nación mexicana, partiendo de una nueva configuración de la niñez, es el objetivo de esta investigación. El contexto nacional e internacional permitieron que la infancia se convirtiera en prioridad en materia de políticas públicas, especialmente dirigiéndolas al mejoramiento de las condiciones de salud en la que se encontraban los niños mexicanos desde tiempo atrás. Como análisis central de estas políticas este trabajo se centra en la construcción de hospitales especializados en la niñez, tomando el Hospital del Niño de Mérida como ejemplo de una acción del Estado que engloba ciencia, tecnología, políticas públicas y reconocimiento social.

ÍNDICE

Introducción	1
Ejes de análisis y referentes conceptuales	4
Contexto histórico	12
Estado del arte	20
Metodología	37
Primera Parte. El desarrollo de la salud pública en México	
Capítulo 1. Política sanitaria durante el porfiriato	40
De la beneficencia a la institucionalización	47
Programas de salud y atención médica dirigidos a la infancia	52
Higiene y prevención	59
Capítulo 2. Bases científicas e institucionales para la construcción de la salud infantil después de la Revolución mexicana.	70
Nuevos discursos científicos e institucionales entorno a la infancia	71
Higienismo y eugenesia. La infancia como arena política para la construcción del ciudadano ideal	82
Capítulo 3. Acciones en salud pública dirigidas a la infancia	102
Perfil demográfico y morbi/mortalidad infantil en México y Yucatán	102
Instituciones y campañas de salud dirigidos a la infancia	116
Segunda Parte. Especialización médica, el caso de la pediatría	
Capítulo 4. El surgimiento de la pediatría y los hospitales de especialización infantil	134
La ciencia médica al cuidado de la salud infantil durante el porfiriato	136
Atención médica especializada en la infancia después de la Revolución mexicana	143

El desarrollo de la pediatría en Yucatán y hospitales en México especializados en la niñez	147
La fundación de hospitales pediátricos en México, el caso del Hospital del Niño de Mérida	151
Conclusiones	174
Anexos	
Fuentes bibliográficas	

INDICE DE TABLAS Y CUADROS

TABLAS

Tabla 1. Hospitales en México en el año de 1902	54
Tabla 2. Mortalidad infantil en Yucatán, tasa por mil nacidos vivos registrados	107
Tabla 3. Proporción de médicos y población en el estado de Yucatán	109
Tabla 4. Causas de defunción entre los menores de edad, en el estado de Yucatán	11
Tabla 5. Distribución de la población menor de edad fallecida según sexo y origen étnico (1880- 1910)	112
Tabla 6. Programa la Gota de Leche. Litros de leche repartidos durante 1934	124
Tabla 7. Plan de estudios en la Escuela de Medicina, 1907	149
Tabla 8. Programa escolar para el 5º grado de la carrera de medicina	150
Tabla 9. Mortalidad en México: 1929 - 1987	153
Tabla 10. Relación de áreas y servicios en el Hospital del Niño	157
Tabla 11. Relación de Directores del Hospital del Niño durante funcionamiento	159

CUADROS

Cuadro 1. México. Tasa de mortalidad infantil	106
Cuadro 2. Listado de hospitales en Mérida a principios del siglo XX	115
Cuadro 3. Centros de atención y capacitación que promovía para su fundación la Asociación Nacional Pro-Infancia	120
Cuadro 4. Médicos en el estado de Yucatán	143

Cuadro 5. Presupuestos asignados a hospitales	160
Cuadro 6. Atención médica a niños accidentados de 1940 - 1945	162
Cuadro 7. Presupuestos por paciente	164

LISTADO DE ANEXOS

1. Cronología perteneciente al capítulo 1. Política Sanitaria durante el porfiriato.
2. Cronología perteneciente al capítulo 2. Bases científicas e institucionales para la construcción de la salud infantil.
3. Suplemento al núm. 7864 del Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, 15 de junio de 1923.
4. Informe y planeación de actividades futuras, Diario de la II Convención, Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán, Mérida, Yucatán, Vol. 1, No. 2, 24 de abril de 1964.
5. Regulación de las actividades infantiles a través de los diarios oficiales del estado de Yucatán.
6. El Congreso del Animalito. Por el Dr. Ezequiel Teyssier (Tomado de *Nuevas Ideas*). La Farmacia, Ciudad de México, 15 de noviembre de 1935, Hemeroteca Nacional Digital de México, pp. 411-414.
7. Echegoyen, Maruja. "El hospital Infantil de Londres", Diario del Sureste, domingo 12 de septiembre de 1965, página 3.
8. Una policlínica infantil 1933-1934, Ayuntamiento de Morelia, Gobierno del Gral. Benigno Serrato, Morelia, Michoacán, 1934.
9. El Dr. Francisco Solís Aznar relata sus memorias sobre el Hospital del Niño de Mérida, pp. 395-296, 1997.

10. Inauguración del Hospital Infantil de México. Toussaint Aragón, Eugenio. *Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez" 1943-1983*, México, pp. 29-35, 1983.

11. Conclusiones del Primer Congreso Mexicano del Niño, Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño. Patrocinado por "El Universal", México, 1921, p. 23-24.

INTRODUCCIÓN

La expresión “infancia es destino” es una sentencia recurrente. Si pensamos que es correcta, la trascendencia de una infancia con necesidades básicas satisfechas resulta indudable: comida, salud, protección familiar y social, seguridad, etcétera. En resumen, la infancia se ha convertido, mediante un proceso histórico, en una etapa biológica y psicológica protegida, tanto por los adultos como por los Estados, tanto a nivel nacional como internacional. En esto último radica la importancia de atender a la niñez como política de Estado.

En efecto, hoy en día, llevar a un bebé recién nacido o a uno de entre 1 y 12 años al pediatra resulta algo cotidiano ¿Esto siempre fue así? ¿Era algo deseable y hasta esperado de los padres hacia los niños? Esta práctica, considerada actualmente casi obligatoria, es resultado de procesos complejos que fueron construyendo una nueva realidad en torno al niño y al cuidado de su salud, gracias a dos vertientes importantes: la profesionalización de la atención médica del infante (es decir la pediatría), y la construcción del ideal de un niño en el cual radicaba el futuro del país. Esto fue posible a través de políticas públicas nacionales e internacionales, como la vacunación, los desayunos escolares y la vigilancia de la higiene en el país. En el mundo, Europa específicamente, la declaración de los derechos de los niños y la premisa de que a través de ellos se aseguraría el desarrollo de los países permearon el quehacer de los gobiernos. Las primeras generalmente respondiendo a las segundas, esto es, los parámetros de desarrollo que señalan que un indicador de progreso es justo la salud infantil en todos los países, esto desde finales del siglo XIX hasta la actualidad.

El tema de esta tesis es la atención a la salud infantil del naciente Estado Mexicano y la emergencia de la pediatría como especialidad médica. Se analizan las políticas públicas emanadas de este contexto. Específicamente del Hospital

de Niño de Mérida, los antecedentes históricos que llevaron a su fundación, su funcionamiento así como los factores que llevaron a su cierre en 1966 como resultado, de dichas políticas en salud infantil tanto a nivel estatal como nacional. La creación de instituciones especializadas como ésta, tuvo lugar sobre una plataforma apta para que México obtuviese el reconocimiento internacional de como un país con políticas públicas dirigidas hacia la población infantil.

El problema de investigación, entonces, es comprender de qué manera el análisis de la salud pública y la especialización de la medicina, específicamente de la pediatría, permiten analizar la re-construcción del concepto de niñez en el marco del Estado-nación posrevolucionario. Fue necesario, para ello, estudiar las transformaciones a nivel nacional e internacional que se produjeron y que contribuyeron a considerar al niño mexicano como prioridad para el desarrollo del país y específicamente a la creación de hospitales especializados en su atención. De igual forma, las políticas públicas desarrolladas para el cuidado de la niñez durante el porfiriato y el periodo post-revolucionario; la influencia de la higiene y la eugenesia como teorías sociales en el proceso estudiado y el papel que jugó el desarrollo de la pediatría en este periodo.

Analizar la salud pública y la especialización de la pediatría permite comprender la re-construcción del concepto de niñez en el marco del Estado-nación mexicano, a través de las transformaciones nacionales e internacionales que contribuyeron a considerar al niño mexicano como prioridad para el desarrollo de la nación y la construcción de hospitales especializados en la atención infantil. De ahí que haya sido importante identificar las políticas públicas más relevantes que fueron desarrolladas para el cuidado de la niñez durante finales del siglo XIX y principios del XX; analizar la influencia de la higiene y la eugenesia en el proceso de consolidación del niño y la pediatría y, por último, reconocer el papel desempeñado por la profesionalización de la pediatría en este periodo.

La hipótesis que liga dichos argumentos, es: La medicina, específicamente la pediatría permitió la construcción de un nuevo niño en el siglo XX, mismo que fue consolidado por políticas de salud implementadas con el objetivo de mejorar

su desarrollo físico y mental. Es decir, la medicina definió la niñez en México, reforzando una nueva concepción del niño, reconociéndolo y distinguiéndolo de los adultos, apoyada en la puericultura, la higiene y la anatomía específicamente.

Dicho proceso es analizado a través del caso yucateco y la especialización de sus médicos en pediatría, con el objetivo de representar un proceso eminentemente nacional con una historia y contextos particulares, pero que a la vez permite el análisis y la representatividad del mismo. Las siguientes páginas narran de un proceso durante el cual los dos ejes principales de esta investigación fueron construidos y alimentados: el Hospital del Niño de Mérida y la emergencia y consolidación de la pediatría en Yucatán. Llegar hasta estas dos líneas de investigación no fue tarea fácil. Como en la mayoría de los casos, el tema y el abordaje de este trabajo atravesó por muchos cambios.

El interés inicial surgió de la propuesta de estudiar dicho hospital, referido únicamente en algunas memorias de médicos que trabajaron en él. Conforme avanzó la investigación, advertí que se trataba del primer hospital pediátrico (con la especialidad médica reconocida y pediatras certificados) de México fundado, de hecho, antes del Hospital Infantil de México, en la capital del país. En este camino, resultó de interés conocer los procesos que influyeron en la fundación, edificación y funcionamiento del nosocomio: por un lado la profesionalización de la pediatría, es decir, su consolidación como especialidad médica; y por otro, la importancia que los gobiernos federal y estatal dieron (en discurso y práctica) a la salud infantil y la necesidad de reducir la tasa de mortalidad entre este sector de la población

A nivel estatal, otros factores que incidieron fueron la influencia de la medicina francesa y cubana en la práctica de los médicos yucatecos, y la ola de fundación de hospitales y clínicas infantiles en todo el país, sustentada por ciencias relacionadas con el desarrollo del menor, como la pedagogía y la psicología. Así, al engranar todos los elementos contextualizados en su propio marco socio-histórico se hizo evidente que este proceso inició desde el periodo porfiriano, lo que me encaminó hasta el presente resultado. Cabe decir que mi

interés, casi orgullo, por el Hospital Infantil de Mérida, influyó en que lo haya tomado como ejemplo de las transformaciones a nivel científico, tecnológico y social que el país y el mundo atravesaban. El desarrollo de esta historia, una historia sin conclusiones debido a que en materia de salud infantil, México y específicamente Yucatán aún son deficientes.

Ejes de análisis y referentes conceptuales

En consecuencia, los ejes de análisis que me permitieron contruir esta investigación son: la construcción del Estado Nación (entendido como un proceso); políticas públicas (especialmente la salud pública); e infancia. La construcción de lo que es “ser niño” social e institucionalmente, se ha caracterizado por un largo proceso plagado de políticas, tanto nacionales e internacionales, acuerdo, tratados, decretos, leyes y normas que al mismo tiempo que pretendían “controlar” este sector de la sociedad, también demuestran los distintos cambios culturales y políticos que la niñez ha tenido, en México y el mundo. Pero, ¿cómo analizar estos cambios? Como ya he mencionado, en esta investigación fue a través de las políticas públicas de salud infantil y la especialización de la pediatría, pero específicamente analizando los casos de hospitales creados para la niñez.

Al enfocar el estudio de esta manera, considero que no se reduce, sino que significa adoptar una visión distinta para aproximarse a un proceso global que incluye un amplio problema de investigación. Asimismo, la búsqueda de información concreta ya sea en los archivos burocráticos como en la memorial social, permite conocer y cuestionar el desarrollo de la ciudadanía del niño en México dentro del proceso de conformación del Estado, hasta ahora analizado principalmente desde el punto de vista político, discursivo y centralista. El estudio de los hospitales, considerándolos como espacios de interacción de la tecnología médica y las políticas del nuevo Estado posrevolucionario, llevó a acotar el

espacio y el tiempo de la investigación, contribuyendo a un análisis concreto y claro.

Entiendo que el Estado es un fenómeno histórico en continua construcción, que comprende una organización política, económica, social y legal para una sociedad dada. El Estado está conformado por una colectividad con una historia en común, un espacio delimitado, una construcción jurídica y administrativa reflejada en un gobierno y elementos culturales compartidos que permiten cohesión y consenso social. En este continuo actuar, el Estado simultáneamente se construye a sí mismo, siempre con base a sus intereses y objetivos establecidos. Esto ocurrió al finalizar la Revolución, cuando el nuevo gobierno sentó la bases para la creación del nuevo Estado mexicano.¹ En el transcurso del siglo XX, la construcción y consolidación del Estado-nación se dio bajo principios como democracia y ciudadanía, mismos que permitieron el surgimiento de dos concepciones de la infancia. La primera, relacionada con el niño como sujeto que requería de protección por parte de la familia y el Estado. Y la segunda, la del niño como sujeto de derechos políticos.

Actualmente, la segunda visión podría parecer obvia, pero a principios del siglo pasado significó una reorganización institucional en torno a esta visión. Esta reorganización institucional, tuvo cabida de forma más importante en los ámbitos de la escuela y la salud; ambos fueron modificados para un mayor control de la niñez, desde la educación y la medicina. Así como la escolarización masiva significó homogenización en el modelo educativo, las vacunas y los programas de higiene fueron desarrollados con el fin de mantener a raya las distintas enfermedades infantiles y asegurar una estandarización en la salud de los menores.

Durante la reconstrucción de la Nación Mexicana posterior a la Revolución, se promovieron diversas políticas de Estado junto con la educación, el reparto

¹ Véase Luis Aboites Aguilar, "Optimismo nacional: geografía, ingeniería hidráulica y política en México", 2000.

agrario y la promoción de la cultura. Hubo una preocupación por la infancia que se manifestó en dos ámbitos: la salud y la educación, mismos que desde el período de Díaz tuvieron cabida y desarrollo. Así, desde lo científico, lo político y social se dio impulso a un plan progresista e incluyente que buscaba el desarrollo del país basado en nuevos ideales.

Entre estos, la concepción del niño tuvo grandes cambios, especialmente debido al desarrollo de tres grandes ramas de la ciencia: la biología, la política y la tecnología médica. La primera está relacionada con la visión biologista del niño, misma que fue modificada a finales del siglo XIX, cuando dejó de verse al menor como un adulto a escala. “En otras palabras se produjo un cambio en la «mirada» al niño, adquiriendo carta de naturaleza propia, ya que dejó de ser considerado como «una etapa de tránsito a la edad adulta»” (Salazar Aguilló, 2007: 286). Fueron los médicos quienes le dieron un nuevo valor y significado a los cuerpos infantiles, dotándolos de nuevos contenidos y significados en relación a su composición, dejando en claro que el niño no era un *homúnculo* del hombre desarrollado, sino que tenía características físicas propias que respondían a una lógica diferente.

La segunda fue la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Después de la Segunda Guerra Mundial el cual hizo evidente que la preocupación por la salud debía ser prioridad para el desarrollo de los países. Por último, la difusión de un enfoque apoyado en tecnologías sanitarias y simultáneamente la aparición de grandes adelantos en la investigación de medicamentos como antibióticos y vacunas elementos que impulsaron la idea de que la tecnología era la respuesta a los grandes problemas de salud en esas décadas (Organización Mundial de la Salud, 2005: 3), tanto infantil como la salud de los adultos.

En este trabajo las políticas públicas son una herramienta útil. Analizando las relacionadas con la salud infantil pueden observarse las respuestas del Estado a los cambios en la figura del infante, los avances médicos y tecnológicos

que impulsaban su distinción del mundo adulto. Cada política pública es creada con intenciones específicas, planeadas y con objetivos claros, idealmente. Puede decirse que son fines y medios al mismo tiempo, aplicadas a una realidad social a través de reglamentos, marcos jurídicos, normas y leyes, concretadas a través instituciones y programas de gobierno, siempre bajo el amparo del Estado.

Al hacer una revisión y análisis de las políticas públicas, enfocadas en materia de salud infantil, desarrolladas principalmente en los inicios del siglo XX, la investigación permite reconocer si el discurso del Estado en relación a la importancia del niño fue traducido en acciones. Es decir, las políticas me permitirán ver esa transición entre las palabras y los hechos. De ahí que las políticas públicas sean entendidas como la cerradura desde la cual observar las acciones que el Estado realiza para cumplir con sus funciones básicas ante la población, como estructurar y coordinar el funcionamiento de las instituciones, crear mecanismos para la integración de cada poblador y diseñar estrategias para la protección y control de la sociedad. Es a través de estas que el estado cumple con muchas de sus funciones, como son las que menciona Linda Evangelista Martínez (2009: s/p):

1. Formalizar las relaciones sociales, mediante la institucionalización del derecho, como expresión jurídica de las mismas. Ejemplo: reconocimiento de la propiedad comunal pero también de la propiedad privada, la igualdad ante la ley, los derechos civiles, políticos, sociales, etc.
2. Poner límites negativos a las consecuencias socialmente destructivas de su reproducción ampliada del capital. Ejemplo: leyes antimonopólicas, leyes de protección del trabajo, procesos de mercantilización / desmercantilización del trabajo, etc.
3. Organizar el consenso y la solidaridad. Ejemplo; Creando iniciativas solidarias, identidad cultural, cohesión social sentido de pertenencia, promoviendo valores compartidos, etc.
4. Transformar, acondicionar e institucionalizar el contexto, los servicios y los beneficios sociales. Ejemplo: promoviendo acceso a servicios y beneficios sociales: educación, salud, vivienda, alimentación, seguridad social, etc.

Además de servir para el cumplimiento de ciertas funciones por parte del Estado, las políticas públicas son conceptualizadas desde distintos enfoques, dependiendo del fin que en su definición se busque. Por ejemplo, Estanislao de Kostka (2009: s/p) habla de ellas como programas que afectan a una parte de la sociedad: “(...) el concepto de política pública, puede definirse como un programa de acción de una autoridad dotada de poder político y de legitimidad gubernamental, que afecta a un sector de la sociedad o bien a un espacio geográfico determinado”.

Por su parte, Linda Evangelista Martínez (2009: s/p) habla de intenciones y acciones con un sentido definido, habla de “respuestas del Estado”:

Una política es un comportamiento propositivo, intencionado, planeado, no simplemente reactivo o casual que se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios. Podemos afirmar que toda política implica un conjunto de acciones con sentido, es decir, con fines y medios. Asimismo, toda la política implica al menos tres elementos: el diseño de una acción colectiva intencional, el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las decisiones e interacciones que comporta, y los hechos reales que esa acción colectiva produce. (...) Es decir, las políticas públicas representan una serie coherente y articulada de respuestas del Estado hacia los intereses, contextos, dinámicas y problemáticas de la sociedad.

Programas, intenciones, acciones y medidas dirigidas a la sociedad son palabras que definen las políticas públicas (pp); sus características esenciales, y su utilidad para este trabajo, se resumen de la siguiente manera:

1. Una política pretende un cambio social, definido desde el Estado.
2. Una política pública atiende un problema establecido previamente, el cual al ser atendido ayudará a cumplir con una meta mayor.
3. Las políticas públicas son intenciones del Estado que se aplican a una realidad social a través de leyes, reglamentos, marcos jurídicos, planes de desarrollo nacional, programas de gobierno, asociaciones civiles o intervención privada.

4. Son conformadas por un lado abstracto, la planeación, y uno concreto, la ejecución.

5. Tanto el hacer cómo el no hacer son posturas de una pp, es decir, al implementar acciones ante un problema, el Estado también está creando una política, en este caso de indiferencia.

6. Toda política pública tiene indicadores de éxito o fracaso.

7. Pueden ser de corto, mediano o largo plazo, según la postura del Estado ante el problema.

Aunque el análisis de las políticas puede establecerse desde inicios del siglo XX, no significa que estas acciones fueron desarrolladas en ese mismo período, y en el caso de México los mejores primeros ejemplos de políticas relacionadas con la salud y el bienestar infantil se ubican durante el porfiriato. En el contexto antes descrito de orden y desarrollo, el régimen porfiriano construyó a través de los discursos y las acciones del estado, un dispositivo institucional el cual se ocupaba de diferentes ramas involucradas para el desarrollo de la infancia en el país. Este llamado dispositivo institucional incluyó entre otras áreas la educación y la medicina, que sirvieron como pilares de dichos discursos y acciones. Para finalizar con esta variable, es importante señalar que al realizar el análisis de una política pública es necesario considerar que surgió de un proceso racional y ordenado, estableciendo así cada fase que determinó su creación.

En cuanto al análisis de las políticas públicas en salud podemos decir que muchos de los trabajos revisados giran alrededor de temas como los alcances de las políticas públicas en salud, la administración sanitaria, la creación de Direcciones o Departamentos de Sanidad, la evaluación de los planes nacionales de salud, la focalización de las políticas, quién decide sobre las políticas de salud, y el desarrollo de herramientas útiles para el análisis de las políticas de salud, entre otros. En esta tesis, el foco se ubica en las políticas de salud relacionadas

con la infancia ya que, el campo de la salud pública es muy vasto y podría desviarnos de los intereses que aquí nos guían.

Resulta interesante señalar el cambio de concepción que tuvo lugar a través de los dos últimos siglo en relación con la vida/muerte de los infantes frente a la transición demográfica que cobró mayor fuerza a principios el siglo XX. Ambos acontecimientos reflejaban dos visiones contradictorias: moría el “angelito”, pero su muerte no representaba un acontecimiento mayor. Los niños morían con tanta frecuencia, de formas tan simples y su reemplazo era tan fácil que no se convertía en un evento social, digno de mayor mención. Obviamente, como hemos señalado antes, estas concepciones entorno a los niños se transformaron hasta llegar a una preocupación real por su salud, sobre todo al considerarlos los nuevos ciudadanos, el futuro el país. Así, los planes para mantenerlos vivos y sanos emergieron, sobre todo a través del estado, quien tomó estas responsabilidades como suyas.

Esta toma de poder únicamente fue demostrable a través de políticas, las cuáles siguiendo a George Rosen (2005: 201), “se emplea para designar a un programa de metas y prácticas así proyectado (...) se refiere a los principios de la acción o de la inacción social, ejercida más frecuentemente por medio de agencias gubernamentales”. Así, no es suficiente con los avances de la ciencia y las transformaciones sociales si no existe el medio social para hacer llegar los beneficios que estas producen, es decir, pasar del discurso a las acciones.

En relación a los conceptos de infancia y niñez es frecuente encontrar el uso y abuso de expresiones como menor, niño e infante de manera errónea, ya que como señala María Victoria Alzate (2003: 23):

El término <<menor>> o <<menor de edad>> es una expresión de contenido jurídico y hace referencia a la condición de la persona que por razones de edad no ha alcanzado la plena capacidad civil; concepto recibido por la legislación (...) En cambio, las expresiones <<niño>> o <<infante>> se refieren a un grupo etario, o sea, los que se encuentran en la etapa comprendida entre el nacimiento y el comienzo de la adolescencia.

Esta distinción aunque importante, resulta en ocasiones estéril, debido a que si entendemos niño como todo ser humano menor de 18 años, entonces dicha clarificación sobra. Pero al mismo tiempo no resulta vano marcar la diferencia entre ambos conceptos ya que su uso, normalmente indiscriminado, está presente en la vida cotidiana y en el lenguaje científico que aquí nos atañe. Considero que el interés principal de esta investigación no es estudiar al niño, si no el proceso histórico en el cual ha sido desarrollado, los discursos que han surgido alrededor de él, la definición de niño no es compleja, se remite más a lo funcional: consideramos niño a todo miembro de la sociedad menor de 18 años, que depende física, psicológica y económicamente de uno o más adultos y que no ha alcanzado la pubertad, es decir antes de los 13 años de edad.

La obra de Philippe Ariès *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* (1987), es una de las primeras en hacer mención de una infancia no reconocida políticamente. Su principal aporte, novedoso para su tiempo, es afirmar y demostrar que la historia de la infancia es la de su control es decir, reconstruye a los niños a través de los mecanismos de castigo en torno a ellos. Previo al establecimiento de los derechos infantiles, los principios de su cuidado institucional se basaba en atender a niños en situación irregular, ya sea como víctimas o como victimarios, son estos los orígenes de la institucionalización del niño como ciudadano, no sólo en México sino en todo el mundo.

Otra obra trascendente en torno a la construcción de una nueva idea de niño fue la de Juan Jacobo Rousseau, *Emilio o de la educación* (2000), la cual resume la conceptualización de ideas relativas a la infancia. Aquí el autor demuestra la necesidad de conocer la naturaleza del infante antes de erigir una sistema educativo general y, a través de esta búsqueda le otorga legitimación. Así, a lo largo del siglo XIX, con el proceso de industrialización y la explotación del trabajo infantil, Rousseau tuvo muchos oponentes, pero terminó influyendo con sus ideas a través de una escolarización masiva en Europa en ese mismo período.

María Victoria Alzate Piedrahita (2003), en su obra *La infancia: concepciones y perspectivas*, obra que mencioné líneas arriba aborda ampliamente la transición legal de la infancia. En el mismo trabajo, una aportación importante es su clasificación sobre los tipos de infancia en América Latina: “Aquella con sus necesidades básicas satisfechas (niños y adolescentes) y aquella con sus necesidades básicas total o parcialmente insatisfechas (los «menores»)” (p. 186). Para los primeros el marco legal, salvo ocasiones muy especiales, le es inútil o indiferente ya que sus conflictos legales son resueltos por otras vías normativas y judiciales. Al contrario, para los segundos la ley basada en la situación irregular decide los movimientos de su vida. Por ejemplo: su entrada a los circuitos de la asistencia social.

Francisco Ramírez (1993) discute la influencia del modelo occidental de sociedad nacional entorno a la concepción de la niñez. Ubicado ya en siglo XX, el autor parte del supuesto de que tanto la infancia como los propios niños son conceptualizados como constructos sociales con un significado y valor variables a lo largo del tiempo y del espacio. Es decir, el imaginario que gira alrededor de ellos se encuentra directamente relacionado con las transformaciones sociales. Y es por esto, que específicamente en México después de la Revolución, los niños comenzaron a ser vistos de manera distinta a la del pasado.

Contexto histórico.

Como ya se ha adelantado, el marco temporal de este estudio va de 1920 a 1966, aunque . El inicio está marcado por lo que la historiografía ha identificado como el comienzo del periodo posrevolucionario,² y el final está marcado por el cierre del Hospital del Niño de Mérida, y al mismo tiempo la apertura de los hospitales pertenecientes a la asistencia a los trabajadores donde se abren también áreas

² Véase Javier García Diego y Sandra Kuntz, “La Revolución mexicana”, 2010.

de atención infantil, por lo cual la atención se diversifica y la salud de los niños mexicanos se transforma en un objeto de interés más general.

Fue necesario, sin embargo, echar la vista atrás, al Porfiriato, porque ubico en este periodo donde el interés en la infancia como depositaria de las esperanzas del país. Es decir, fue en este tiempo cuando la salud del niño, su cuerpo y la higiene necesaria para su óptimo desarrollo fueran punto de preocupación científica y de los gobiernos. Que se tradujo en la creación de casas de asistencia, el desarrollo de las vacunas y la importancia que se le dio a la higiene, entre otras. Cuando la percepción de los niños dejó de ser esencialmente afectiva, la necesidad de cuidarlos se transformó en acciones públicas, es decir, políticas públicas. En México, el contexto social estaba influenciado por el llamado “orden porfiriano” basado en la polarización social y una estabilidad económica con fuertes contradicciones; en ese “orden” se comenzó a contemplar a la población infantil.

Por un lado, el sustento ideológico positivista veía el desarrollo homogéneo de la sociedad; por el otro, se hacía evidente que las clases populares eran consideradas genéticamente inferiores; ese aclamado desarrollo sería posible únicamente a través de la “limpieza” de la raza, según su propio discurso. Ser lo más parecidos a Europa, específicamente a Francia, fue un anhelo de las clases altas, proyectado en la vestimenta, literatura, música y arquitectura por mencionar algunas.

Posteriormente, al intentar describir a México en los inicios del siglo XX, es necesario abordar uno de sus episodios más importantes: la Revolución. No es objetivo en este trabajo analizar el origen, desarrollo e impacto en la sociedad de este movimiento, sin embargo como parte del proceso estudiado, es imposible pasarlo por alto, sobre todo por su impacto en la salud pública y la población mexicana. Como movimiento social y político tuvo repercusiones determinantes en todo el país y como una de sus principales causas el desgaste del mandato

de Porfirio Díaz. Javier Garcíadiego y Sandra Kuntz (2010: 537) describen los motivos en las siguientes líneas:

Su estallido se debió, entre otras razones, al agotamiento del modelo porfirista de gobierno, a su incapacidad para lograr la renovación política pacífica durante la coyuntura de la sucesión presidencial de 1910 y a la ineficacia del sistema para satisfacer las aspiraciones de las clases medias y de los sectores populares. La crisis económica de 1907 había golpeado amplias capas de la población y el entorno internacional se había vuelto desfavorable debido a la rivalidad entre las grandes potencias por el recién descubierto petróleo mexicano.

Con el fin de los enfrentamientos armados a partir de 1917, específicamente a partir del año de 1920, dio inicio la reconstrucción nacional. Así, las repercusiones de la Revolución no fueron pocas, la situación económica no era favorable debido a la poca producción de alimentos en el campo. Lo anterior produjo en escasez y encarecimiento de alimentos en la mayor parte del país. En el área de salud, Manuel Martínez Báez (2010) señala que dos fueron los principales objetivos emanados de la contienda: 1. Extender los servicios de salud a cada rincón del país y, 2. Mejorar la calidad de dichos servicios, a través de nuevas técnicas y la incorporación de conocimientos científicos innovadores.

Manuel Ordorica y José Luis Lezama (1993: 48) hablan de algunas de las preocupaciones en cuestión de salud que tenía el nuevo gobierno:

(...) en 1916, el gobierno de Carranza después de establecer baños públicos gratuitos, facultó al Consejo Superior de salubridad para que sus agentes capturaran en plena calle a los desaseados para bañarlos y repararlos. En Guadalajara se emprendió una campaña similar, con miras a combatir el tifo; de modo que se atraía a los desaseados con el señuelo de la comida gratuita para bañarlos luego. Tanto o más importante que el desaseo era la desnutrición. Eran frecuentes los desmayos causados por hambre entre los niños que asistían a la escuela después de haber comido sólo una tortilla.

Desde 1917, con la nueva Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y los Consejos de Salubridad existentes en varios estados, el gobierno

postrevolucionario creó el Consejo de Salubridad, para posteriormente en 1920 fundar la Beneficencia Pública. La nueva Constitución hizo posible la intervención del Estado en el manejo estatal y hasta individual de la salud. Ernesto Aréchiga habla de una “dictadura sanitaria” (2005: 119):

Se habló de establecer una «dictadura sanitaria», considerada como el único autoritarismo tolerable dentro de una nación democrática, por orientarse, teóricamente, hacia el bienestar general. Asimismo, la constitución ofreció el marco legal para desarrollar un proceso educativo, formal e informal, encaminado a transformar las costumbres antihigiénicas del pueblo.

De acuerdo a las tendencias de occidente, se estableció la higiene y la salubridad pública como los caminos hacia una nación “civilizada”, pero retomando aspectos de la derrocada dictadura, Ernesto Aréchiga (2005) comenta que la revolución triunfante elaboró un plan de trabajo y reconstrucción del país en el cual seleccionó aquellas cosas que le convenían y le parecían útiles del antiguo régimen, continuando la labor iniciada en muchas áreas contrario a la creencia de que rompió con todo lo hecho por la llamada dictadura. En el caso de instituciones de salud fundadas en la época de Díaz, muchas fueron destruidas o abandonadas, como señal de rechazo, pero también existió continuidad en otros ámbitos, encaminado a controlar la salud pública tanto en las ciudades como en el contexto rural. Ejemplo de esto fue la fundación del Departamento de Salubridad Pública, el cual implicó la sujeción de la salud del individuo a reglamentos locales y federales.

Por otro lado, el crecimiento de la población fue en constante aumento, como señala Elsa Malvido (2006: 169), siendo visible que a pesar del movimiento armado, durante el siglo XX la población fue en aumento. Puede verse que desde la década de los años veinte, el aumento de la población fue importante, y esto nos lleva a suponer que con los descubrimientos científicos y la implementación de políticas públicas que los difundieran y respaldaran, la esperanza de vida fue en aumento, lo que desencadenó la necesidad de un mayor control por parte del

estado en cuanto a su higiene y salud, no sólo de los niños, sino de la población en general.

En el marco de la construcción de la Nación Mexicana en el periodo posrevolucionario, la implantación de políticas públicas en ámbitos como la educación y la salud, proveyeron nuevos horizontes tanto científicos, como políticos y sociales, mismos que tuvieron cabida dentro de un proyecto progresista e incluyente que buscaba el desarrollo del país basado en nuevos ideales. Jesús Kumate y Guillermo Soberón (1989: 29) también sitúan los años posteriores a 1920 como un período de transformación en cuanto a la atención de la salud en México, pasa de una “medicina de apoyo, expectante y muy limitada en su capacidad para modificar fundamentalmente el curso clínico de la enfermedad a una profesión que podía manipular e intervenir en prácticamente todos los procesos patológicos y en todos los órganos afectados”. En este período, se descubrieron nuevos antibióticos, se desarrollaron vacunas, se desarrollaron vitaminas y nuevas técnicas en cirugía que sorprendieron al mundo.

La higiene en la preparación de los alimentos y las condiciones en las viviendas y escuelas, reforzaron un modelo asistencialista en todo el país, mismo que tenía como base los hospitales y la atención a la enfermedad, antes que la prevención, la cual vendría años después. Esto debido a que, a pesar de los nuevos descubrimientos científicos y las nuevas técnicas de higiene que se aplicaban ya en Europa y otros países, el gobierno emergente de la Revolución heredó el concepto de salud del pasado, el cual se basaba en procurar la higiene y en curar al enfermo, dejando de lado la promoción de la salud. Kumate y Soberón (1989: 26) señalan algunas de las deficiencias del modelo heredado:

(...) en el binomio médico-paciente el médico era el único responsable, el elemento activo, el enfermo, receptor pasivo y la delegación de responsabilidad en su cuidado, mínima. Tendencia creciente a la atención hospitalaria como base de los servicios, la complicación tecnológica y el aumento en los costos de operación y eliminación de todos los modelos alterativos de la atención médica o medicinas

paralelas, es decir, herbolaria, quiropráctica, acupuntura, homeopatía, curación por la fe, algébricas, etcétera.

Es hasta tiempo después, ya en el período presidencial de Lázaro Cárdenas cuando como señalan Olivia López, José Rivera y José Blanco (2011: 100), se destacó la salud y la educación como prioridades del gobierno:

El compromiso gubernamental de atender las necesidades de salud de las poblaciones –particularmente la campesina– impulsa la expansión de servicios de salud del Estado. En 1937 se crea la Secretaría de la Asistencia Pública para la atención de los individuos “socialmente débiles”. A escala mundial el desarrollo de los antibióticos, de técnicas diagnósticas y de nuevas vacunas amplía los recursos para el combate de enfermedades infecciosas y posibilita intervenciones masivas con éxitos notables en el control y erradicación de ciertas patologías.

Además de la creación del Departamento de Salubridad Pública, una de las acciones más importantes en el mandato de Cárdenas fue el impulso que se dio a los servicios médicos rurales. En resumen, puede decirse que en la etapa postrevolucionaria, el Estado pretendió cumplir con los compromisos establecidos durante la Revolución, intentando garantizar la tranquilidad social y las condiciones de vida de sus habitantes. Acorde con el proyecto de Estado-Nación que el gobierno revolucionario tenía en mente, Susana Sosenski (2010: 1229) lo describe como reconstruir y modernizar:

Una vez que terminó la fase armada e inició la etapa de reconstrucción nacional, el país requirió nuevas políticas, instituciones y mecanismos de control; fue necesario “reconstruir las conciencias”, redefinir el mundo social, “modernizar” la mentalidad, los hábitos y los modos de vida de amplios sectores de la población. Se buscó imponer una cultura hegemónica que generara transformaciones en las “psicologías” o las ‘conciencias’ de los ciudadanos.

Dentro de este proyecto de nación se veía a los niños como los portadores del México moderno, que tendrían que ser influenciados por el espíritu

revolucionario, para asegurar la continuidad del progreso del país con la influencia del Estado moderno occidental que se caracterizaba por dar prioridad al menos en el discurso; a la salud, cultura y educación, especialmente entre los niños, a quienes se consideraba como los “ciudadanos del mundo”, “futuros conductores de la patria”, etcétera. El México posrevolucionario llevó a cabo esfuerzos enormes a nivel nacional para proporcionar y promover esas políticas públicas como prioritarias. En este trabajo me interesan en especial las relacionadas con la salud del infante, las cuales consolidaron la emergencia de un nuevo ciudadano en México: el niño.

A partir de 1920, José Vasconcelos y un amplio grupo de artistas, educadores e intelectuales pugnaron porque el Estado posrevolucionario creara y llevara a la población un nuevo modelo de sociedad. Ese año puede verse como parteaguas, porque representa el fin de lucha armada y el inicio de la reconstrucción. La educación, la salud y la cultura jugaron un papel preponderante. De hecho, se pretendió que por medio de ellas se sentaran las bases de las instituciones modernas. Dentro de esta llamada “reconstrucción posrevolucionaria” México intentaría tener una nueva relación con el mundo y trataría de cambiar la imagen de un país violento por otra más amigable, tanto para los de *dentro*, los ciudadanos, como para los de *fuera*, los extranjeros. Un país ordenado y tolerante, acorde a los sucesos y procesos mundiales que tenían lugar.

Pero ¿cómo alcanzar estos objetivos? Entre las respuestas del Estado se encontraron, como menciona Gudiño (2009: 1), fomentar la formación del personal médico, apoyar y difundir la investigación científica, construir clínicas y hospitales, implementar grandes campañas de salud y programas de educación higiénica que permitiera a la población evitar enfermedades, principalmente a través de los principios de prevención, vacunación y la asimilación de los consejos sobre higiene que dichas campañas y el personal médico les hacían llegar.

Pero en la realidad en el periodo posrevolucionario la salud infantil se caracterizó por la presencia de una mezcla entre enfermedades infecciosas y parasitarias las cuales causaron casi el 50% de la mortandad entre niños, sumada a casi un 20% de muertes por padecimientos respiratorios (Santana, 2000: 2). Las respuestas del Estado frente a esta situación pueden establecerse en el ámbito médico y el educativo, con distintas estrategias higiénicas y terapéuticas dirigidas a diferentes sectores de la sociedad, entre las que destacan programas de vacunación, alimentación infantil, cuidados maternos y lactancia.

Durante la primera mitad del siglo XX en Yucatán, las causas de mortalidad en los primeros seis años de vida (muchas de ellas hoy vigentes) pueden establecerse en orden de prevalencia siguiendo a Ramos Galván (1938: 15): gastro-enteritis, enteritis, enterocolitis, bronconeumonía, bronquitis, debilidad congénita, meningitis, atrepsia, infección intestinal, sífilis, disentería, caquexia, sarampión, coqueluche (o tos ferina) y avitaminosis. Esta última, aunque no era diagnosticada como una enfermedad *per se*, se consideraba como padecimiento presente en casi “el 90% de los niños menores de seis años se encuentran mal alimentados en la C. de Mérida”, (Ramos, 1938: 40) situación que considero, no era limitada al ámbito urbano, donde el agua potable y alcantarillado comenzaban a utilizarse cotidianamente, a diferencia del medio rural, donde hasta el día de hoy existen casas sin servicio de agua y drenaje.

Entre las condiciones que predisponían a esta situación de mala alimentación se encuentran las deficiencias en la calidad y cantidad de los alimentos, la poca higiene en la preparación y distribución de los mismos, faltas de higiene infantil y prenatal, la pésima calidad de las aguas de consumo público y las condiciones climatológicas particulares de la región (Ramos, 1938: 40). Tal era la condición de la salud de los infantes, que en distintos trabajos podemos ver la denuncia del descuido del cual los niños yucatecos fueron víctimas, por ejemplo en la Enciclopedia Yucatanense puede leerse (1977: 393):

El tributo más grande que nuestra población, sobre todo infantil, rinde a la mortalidad, se debe al tratamiento inadecuado de enfermos que acuden al facultativo para *aliviar* una enfermedad aguda; sin ocuparse mucho de consultar sobre la higiene de la alimentación, sobre los problemas (...) es decir sobre los problemas de prevención contra las enfermedades, sobre los problemas de higiene personal.

Por su parte, El Dr. Alvar Carrillo Gil, expresaba que el hambre era un problema general: “El pueblo yucateco vive al borde del hambre y en ocasión de cualquier enfermedad se presentan síntomas de carencia alimenticia, entre los niños principalmente” (1944: 394). La Revolución e instauración de un nuevo gobierno también resulta trascendente en cuanto al proceso que se analiza, marcando como punto de cierre el año de 1966, año en el cual el Hospital del Niño de Mérida es cerrado definitivamente.

Estado del arte

La historiografía de finales del siglo XIX y principios del XX ha hecho aportaciones sustanciales en los ejes que articulan este estudio. En este campo, Claudia Agostoni (2007), en su artículo sobre las enfermeras visitadoras durante la década de 1920, se centra en cómo éstas enfermeras se convirtieron en el punto articulador entre la institución y el sujeto, relación que se consideró primordial para el alcance de los objetivos políticos establecidos en este periodo. Esta misma autora también se centra el impacto de una de las más analizadas políticas de salud: las campañas de vacunación, donde también aborda el miedo social a la vacuna en “Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940” (2009).

Aquí es importante señalar que uno de los principales intereses en cuanto al estudio general de las políticas de salud y de las políticas en general, es el recibimiento y el impacto que cada una de ellas ejerce sobre la sociedad, sobre el individuo común y corriente, mismo que no debe de percibirse como pasivo e

incapaz de modificar dichas políticas. De una forma más institucional, Daniel López (1984) a través de su libro sobre las condiciones desiguales de salud en México, ofrece un panorama de las condiciones ambientales y las carencias de salud en México durante el siglo XX, abordando las causas de mortalidad infantil desde la década de los setenta, el origen de los servicios de salud y la administración del gasto público en salud y seguridad social. Aportación que consideramos valiosa para el análisis de problemas como el que aquí se intenta analizar, ya que presenta un panorama general de las condiciones de salud y enfermedad de la infancia a principios del siglo XX, además de abordar el análisis de políticas públicas dirigidas a un estado de bienestar.

Siguiendo el lado de la historiografía, entre los aportes más novedosos y representativos en cuanto a las políticas de salud infantil se refiere, son los realizados por la historiadora Rosa María Gudiño Cejudo (2009), quien ha sacado a la luz a través de dos trabajos importantes nuevas perspectivas de investigación. El primero de estos trabajos fue su tesis de doctorado, donde analiza las campañas de salud y educación higiénica en México, específicamente por medio de películas donde se expresaban los lineamientos principales de los ideales de ciudadano que el Estado buscaba.

El segundo, su libro publicado un año después de dicha tesis, titulado “Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010” (2010) donde aborda a través de imágenes fotográficas, distintos temas relacionados con políticas públicas y salud en ámbitos como la salud al campo, las instituciones de salud, la formación de médicos y personal sanitario, arquitectura hospitalaria, entre otros. Como puede observarse, existen diversos enfoques para estudiar la creación, aplicación e impacto social que tienen las políticas de salud, específicamente las dirigidas a la niñez en México.

Dichas políticas, funcionan como base para la aplicación de un gran número de discursos relacionados con la niñez y las ciencias “modernas” como la pedagogía, la psicología y la pediatría, dedicadas específicamente al cuidado del niño. Aquí radica su importancia. Son los hechos, las acciones concretas que la

emergente nación tuvo para alcanzar el desarrollo anhelado, el “progreso” que fundamentaba el proyectos nacional.

Los conceptos de infancia y niñez como conceptos que se construyen de manera histórica, moldeados a través del tiempo y el espacio desde el mundo de los adultos. La paradoja reside en que la concepción del niño es el resultado de definiciones desde lo público y lo privado, desde lo formal (instituciones) y lo informal (vida cotidiana). Es decir, su control significa no sólo el poder de los adultos, sino el control del futuro, más allá de la idea romántica, los niños aseguran la continuidad social. De hecho podría sostenerse que: “Los mecanismos e ideas creadoras de la infancia corresponden a los mecanismos e ideas creadoras del control de la misma. La historia de la infancia es la historia de su control” (Méndez y Bianchi, 1991: 11).

Otra gran división en cuanto a la atención a la infancia puede establecerse en el paso de la caridad de inspiración religiosa a la consolidación de un sistema de bienestar infantil en América Latina, edificada que según María Victoria Alzate Piedrahita (2003: 225) entre 1925 y 1975. En la primera, por imitación de las ideas y prácticas dominantes en Europa, las instituciones dedicadas al cuidado de la infancia eran edificadas y atendidas por congregaciones católicas. Estas se ubicaban con frecuencia dentro, o en las proximidades de hospitales de atención general y sus ingresos provenían de las limosnas y donaciones para su manutención.

El periodo que corre entre 1925 y 1975 marca el establecimiento formal de la base legal, institucional y administrativa del sistema de bienestar infantil. Dicho sustento institucional, en particular el relacionado a los menores en situación irregular o de riesgo social, y se encontraba durante esta etapa, desfasado de los órganos administrativos encargados de atender los problemas de la infancia. Es decir: “Si bien ambos componentes son concebidos como complementarios, propiciándose su creación simultánea desde principios de siglo, en la práctica la

estructura burocrático- gubernamental avanzó a la zaga del cuerpo jurídico” (Alzate Piedrahita, 2003: 225).

Respecto a este cambio, Zoila Santiago (2006: 32) menciona dos grandes grupos para la clasificación de los trabajos históricos sobre infancia:

- a) La primera busca reconfigurar la concepción de infancia desde diversos enfoques, como son: la historia de la vida privada, historia de las mentalidades, la historia como psicogénesis, etc.
- b) La segunda es de orden pedagógico-educativo, es decir, los procesos psico-pedagógicos de génesis de la concepción de infancia. Dentro de este grupo se pueden observar tres corrientes –de acuerdo con la autora– : la primera es denominada revolución sentimental, la cual deriva del naturalismo pedagógico que se introduce en la historia de la educación, y que postula el aislamiento de los menores de la vida social. La segunda, son los movimientos a favor de la escolarización total de la infancia que se vinculan a los grandes sistemas nacionales de educación; y la última corriente enmarca el desarrollo de las ciencias humanas, como la pedagogía y la psicología, que proporciona las bases necesarias para la dirección científica de la conducta infantil, ya sea para mostrar la superación o de- generación de los menores.

Ambas líneas de análisis, se complementan y permiten observar la forma en cómo eran representados y atendidos los niños en épocas y lugares específicos, al igual de la diversidad de concepciones alrededor de los mismos. Deja en claro que no existe una sola historia de la infancia, y que dichas historias están conformadas por la visión de los adultos. En lo relacionado con los análisis de perfil histórico, otros han sido los intereses más recurrentes como veremos a continuación, utilizando fuentes diversas y centradas en lo social para proporcionar una explicación del desarrollo de la infancia, siempre de la mano con el Estado.

La obra de Oscar Reyes Ruvalcaba *“Imaginario, representaciones y comportamiento de la niñez en Guadalajara durante el porfiriato (1876-1911)”* (2005) aborda aspectos sobre la cultura, representaciones y vida cotidiana de la niñez, dentro y fuera del ámbito familiar durante los años de 1876-1911. Presenta fuentes impresas que reflejan el pensamiento social e institucional sobre el niño

en esa época, las cuales proporcionan un importante material de análisis, sobre vida cotidiana y prensa escrita.

Siguiendo con los imaginarios sociales y con el uso de fuentes de publicaciones de divulgación masiva y especializada como en este caso donde la ciencia médica marca directrices especiales para la concepción institucional del infante, puedo mencionar el trabajo de Alberto del Castillo Troncoso (2006) quien realiza una construcción científica y social del cuerpo y mente infantil, que es punto de referencia sobre el tema, ya que logra una clara y consistente articulación entre ciencia, Estado y el uso y desarrollo de la fotografía como mecanismo para expresar concepciones relacionadas con la infancia y el adelanto médico en cuanto a la comprensión del cuerpo infantil.

La mirada, a través de imágenes fotográficas provenientes de fuentes como periódicos y revistas ayudó a recrear imaginarios y representaciones que antes, durante y poco después de la Revolución mexicana se tenían sobre la infancia. Este es el objetivo de Beatriz Alcubierre y Tania Carreño (1997), quienes nos presentan aspectos de la vida cotidiana de la niñez, el porfiriato frente a la niñez y la imagen que se tenía en esta época de ellos, la niñez de élite, la niñez pobre, la rural y la revolucionaria, demostrando así que siempre han existido una multiplicidad de infancias; infancias felices, enfermas, incapacitadas, violentas y rodeadas de pobreza, entre otras, que hay niñez sin infancia y que en México conviven un sin número de ellas.³

Por otro lado, la Revolución mexicana significó para muchos una refundación social total, el orden existente fue modificado, en distinta medida según la región del país, y una nueva época fue inaugurada: una en la que entre otros cambios se dio la construcción de nuevas ciudadanías. El trabajo de Ramón

³ Es conveniente recordar la diferencia entre las expresiones de menor y niño. El término “menor” o “menor de edad” hace referencia a una persona la cual no cuenta con capacidades civiles en su totalidad, a diferencia de niño o infante, donde únicamente se hace referencia a un grupo de edad. Así, menor de edad incluye a los niños, al adolescente y joven que aún no llega a la mayoría de edad según la constitución de cada país.

Reséndiz (2011), aborda dicha construcción, la cual según señala el mismo autor, puede ser una simple ilusión donde en realidad coexisten procesos de cambio y continuidad, o de permanencia y transformación (Reséndiz García, 2011: 19): “La Revolución mexicana construyó un imaginario de transformación social cuyos componentes más emblemáticos han sido el reparto agrario, la educación, la legislación laboral, entre otros”.

En resumen, las investigaciones de índole histórico realizadas sobre la infancia mexicana del siglo XX están construidas a partir de la articulación entre las representaciones e imaginarios que se tenían sobre ellos en dos niveles: el social y el institucional, y aunque en este proyecto también se abordarán dichas cuestiones, su aporte al análisis historiográfico radica en la conjunción de los tres ámbitos: el político (políticas públicas), el social (la construcción de una nación mexicana) y el científico (el desarrollo de la pediatría), los cuales abordaré en las siguientes páginas.

El origen de la pediatría como especialidad médica, ha sido analizado, desde la historia y la propia medicina, con perspectivas relacionadas con la el desarrollo de la ciencia, la filosofía y las artes, mismas que presentan contextos en los cuales fue posible su desarrollo. La primera de estas visiones es la de Miguel Ansúa con su trabajo de 2012 titulado “La pediatría como disciplina cultural y social”, en el cual indica que junto con la Ilustración surgieron obras literarias y técnicas que sustentaron las diferencias entre los adultos y los niños.

Obras como *Emilio* en 1762 y tratados sobre enfermedades como el de Nils Rosén von Rosesntein: *Las enfermedades de los niños y sus remedios* en 1764, ayudaron no sólo a resaltar las diferencias sino que demostraban las aspiraciones de la época: “(...) reformar la sociedad sobre la base de principios racionales y seculares. La salud, el bienestar, en fin, la educación moral y física de la niñez fueron temas y preocupaciones característicamente ilustrados” (2012: 232).

El médico Giuseppe Genta Mesa, en su publicación de 2006, “Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura”, señala que el

origen de la pediatría se da a partir de su separación de la obstétrica y la medicina interna, durante la segunda mitad del siglo XIX, específicamente en Alemania, “(...) pues hasta entonces algunos de sus integrantes la practicaban como complemento de sus propias disciplinas” (2006: 297). Genta Mesa, desarrolla su investigación desde épocas prehistóricas, marcadas por un componente mágico-religioso mismo que incide en la enfermedades de los niños, pasando por la Edad Media, el Renacimiento y la Ilustración, basando su trabajo en datos arqueológicos y archivos médicos.

Otro investigador que ubica el origen de la pediatría en Alemania es Gunter Seelmann E. El parte de la fundación de la Sociedad de Pediatría de Berlín, exactamente el 22 de junio de 1931, fecha en la que según los archivos alemanes consultados, contienen publicaciones desde 1925 a 1935 referidas al área alemana, europea y americana. Antes de dicha fecha, “los tratamientos se hacían con fracciones de las dosis de medicamentos aplicadas a los mayores” (2005: 316). Tajante al delimitar una fecha y un suceso exactos para establecer el origen de la pediatría, Gunter deja de lado el proceso, no sólo médico, sino social en el que se dio.

Iniciando con autores mexicanos que se han interesado por la pediatría, tanto por su origen como por su desarrollo está Jesús Kumate, con dos obras específicas: “Las especialidades médicas en México” en 1982, y “Síntesis histórica: 1802-1994” en 1997. Ambas con el objetivo de mostrar un panorama general, desde el punto de vista médico, del desarrollo de las especialidades médicas y el sistema de salud en México. Al igual que la pediatría, las especialidades médicas nacen como resultado de la combinación de progresos científicos y tecnológicos, subraya Kumate, iniciando la primera en México, un siglo después que en Europa, específicamente después de la caída del Imperio (1982: 104):

En México, después de la caída del Imperio, los donativos de un español acaudalado, Nicolás de Teresa, permiten establecer en el Hospital de San Andrés un servicio para niños, con 16 camas, y por cierto que el concurso convocado por

el ayuntamiento para ocupar la plaza de médico encargado, resultó triunfador Eduardo Liceaga. Del hospital de San Andrés pasó este servicio a establecerse, en 1868, a un anexo de la Maternidad de Revillagigedo, y durante los últimos años del siglo XIX fue el centro de preparación de los pediatras mexicanos.

Otro autor que hemos mencionado antes y que coincide con la premisa de Kumate de que las avances científicos y tecnológicos son fundamentales para la aparición de la pediatría es Alberto del Castillo. En su obra sobre conceptos, imágenes y representaciones del niño en la Ciudad de México entre 1880 y 1920 relaciona el inicio de la pediatría con la distinción de los cuerpos infantiles, la inspección rigurosa de las enfermedades y el desarrollo de técnicas y aparatos de medición y observación rayos X. Mismos que permitieron diferenciar las enfermedades, síntomas y signos entre los cuerpos adultos y los infantiles. Además de los avances en medicina, otro de los factores, según del Castillo y que fue fundamental para crear una nueva mirada hacia el niño fue la fotografía, la cual proporciona a su análisis un enfoque novedoso.

Por último, el estudio de Ignacio Ávila y Silvestre Frenk (1997: 35) privilegian los avances de la obstetricia como elemento esencial para la aparición de la pediatría y presentan el proceso evolutivo, por el cual señalan, la pediatría mexicana ha florecido:

La historia de la pediatría en México de la Independencia a nuestros días presenta varias etapas más o menos bien caracterizadas. En la primera, que abarca seis lustros del siglo pasado y cinco del presente, la pediatría vive indiferenciada en el seno de la medicina y la cirugía generales y de la obstétrica. En la segunda, de 1925 a 1943, lucha por establecer las bases de sustentación e independencia al influjo de las necesidades nacionales y de las poderosas influencias extranjeras. La tercera, de 1943 hasta por lo menos 1963, ofrece un espléndido dominio de lo adquirido y comienza a conformar su propia estructura e identidad. Una cuarta etapa, de 1963 a la última del siglo, podría identificarse quizás como la multiplicación, diversificación y diseminación de grandes centros súper especializados de nivel central o regional de hospitales pediátricos y servicios de buen nivel en los estados.

En otro aspecto, los estudios relacionados con la salud pública, destacan generalmente la dimensión política y la profesión médica. Diego Armus (2002:8) dice que “es, en gran medida una historia atenta a las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas”. En específico la relacionada con la infancia cuenta con estudios importantes en México y Yucatán, mismos que pueden fijarse en grandes y distintas líneas de investigación, por ejemplo la alimentación, la cobertura de los servicios de salud y la eficacia de programas de atención a la salud infantil.

Entre estas vertientes hacemos mención de aquellas en donde los médicos perfilan sus investigaciones en torno a la salud materno-infantil, el desarrollo biológico del niño, el sistema de salud-enfermedad, análisis estadísticos sobre la incidencia de enfermedades específicas, estudios sobre mortalidad (incluyendo causas endógenas y exógenas) como el de Ciro Cardoso y Pérez Brignoli (2006) y esperanza de vida infantil (Heredia Duarte, 1997 y Esteban Cordero, 1968), tratados sobre el correcto cuidado del menor en el hogar y la escuela, así como investigaciones sobre enfermedades pediátricas, sus causas, su evolución y su manejo médico.

En relación con la salud infantil en México, se hace evidente la responsabilidad que asume el Estado en cuanto a su promoción y búsqueda. Esta relación, la cual está en transformación constante ha proveído a los historiadores de una amplia gama de temas y posibles ejes de análisis. El primer ejemplo de esto son los trabajos de Ana María Carrillo (2005) en relación a la higiene y el deseo por control del cuerpo infantil, desde la mirada médica, social e institucional, particularmente en Puebla, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La inspección médica escolar (1896-1913)” y “El cuerpo de los niños bajo la mirada de las instituciones sociales y médicas en Puebla a finales del siglo XIX” (2005), en estos trabajos la búsqueda del control social y del Estado se hace evidente a través del cuidado del cuerpo y la salud de los niños.

Otra investigadora relacionada con el tema y también con el espacio es María de Lourdes Herrera (2005), quien hace un análisis de la perspectiva que

tenían las instituciones sociales y médicas sobre el cuerpo infantil, específicamente en Puebla y en el cual utiliza fuentes distintas a las de Carrillo para desarrollar su problemática lo cual le permite proporcionar datos distintos, pero con conclusiones generales parecidas, es decir, la búsqueda por parte del Estado para controlar la salud y el desarrollo de los niños mexicanos.

En ambos casos, presentando la concepción institucional de los niños y algunas de las intervenciones del Estado y los alcances de las mismas, aporta valiosa información que aunque limitada al estado de Puebla resulta útil como punto de partida y comparación para el análisis de otros contextos y políticas públicas en relación a la infancia, en especial de finales del siglo XIX. Con trabajos de este tipo podemos ver que el Estado dentro de la construcción de la infancia como mundo de interés, utilizó distintas áreas de impacto, como lo fueron la escuela y la salud.

Pero, más allá del contexto “formal”, el Estado también pretendió influir en el ámbito familiar, marcando las pautas de la relación madre-hijo como veremos a continuación. De hecho, podemos señalar que no en pocas ocasiones se toma como eje de análisis la relación materno-infantil, donde considera que ambos, madre e hijo, conforman una unidad o binomio indivisible, por lo menos hasta cierto grado del desarrollo del menor.

En su tesis: “La cultura medica materna y la salud infantil” Rosa María Osorio Carranza (1994) aborda las relaciones que se establecen entre algunos elementos técnicos, ideológicos y culturales desde el conocimiento médico y el conocimiento popular, esto en relación a las enfermedades infantiles. En innegable que la salud del menor se encuentra en gran medida a cargo de la madre y las creencias que ésta tenga de lo que es correcto o incorrecto con respecto a su salud en una investigación contemporánea.

Pero al mismo tiempo también lo es el hecho de que el Estado, marca ciertas directrices, la vacunación por ejemplo, también cómo debe darse el cuidado infantil, y es en los momentos donde ambas se mezclan en que se centran este tipo de estudios. Su principal aporte, consiste en sacar a la luz, los

lineamientos establecidos por el Estado y las creencias de la madre sobre el cuidado infantil, la mezcla y la adaptación de cada uno de ellos en la cotidianidad y la privacidad del hogar.

Otra de las investigadoras que ha abordado esta relación basada en el cuidado que la madre provee al menor es Cecilia Alfaro Gómez (2012). En su trabajo sobre puericultura, higiene y control natal su artículo examina la instauración de la educación materna relacionada con la higiene y la salud en la primeras décadas del siglo XX partiendo específicamente de las ideas innovadoras de la periodista Esperanza Velázquez Bringas quien, según Alfaro, fue una de las pioneras en cuanto al desarrollo de una nueva corriente educativa para la infancia mexicana. Este artículo tiene como principal fuente y eje de análisis las publicaciones del periódico *El Universal* en relación a la crianza y cuidado “moderno” de los niños mexicanos.

Como último ejemplo de esta interesante área de investigación, se encuentra el trabajo de Alexandra Stern (2002) “Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario”, cuyo tema central expone la articulación de los ideales relacionados con las madres y los hijos de la nueva nación mexicana. Al igual que el trabajo de Alfaro fue difundido no sólo a través de las instituciones, sino que ambos se dieron a conocer por medios impresos, la literatura y los discursos políticos.

Uno de los representantes de los estudios de salud institucional desde el siglo XX es Jesús Kumate (1991), quien en una de sus obras titulada: *Salud y enfermedad: México 1929-1989*, postula que debido al avance educativo de la población y de la ciencia en general, se pudieron implantar campañas sanitarias que en su mayoría, incluían a los niños como beneficiarios. Dichas campañas las clasifica en dos grandes temporalidades: 1. Las campañas sanitarias entre 1929 y 1943. Enfocándose a los niños, sobre todo de las comunidades rurales se creó La Gota de Leche en 1929, la cual se convertiría en el Instituto Nacional de Protección a la Infancia. 2. Etapa institucional, 1943-1958. En 1942 se funda el

hospital pediátrico, el Departamento de Salubridad y las Secretaría de Asistencia se fusionan para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Otro ejemplo de campañas nacionales en pro de la salud infantil es la que Mercedes Alanís (2010) aborda en su trabajo titulado: “1939. Son iniciadas las campañas nacionales por la madre y el niño”. En dicho año, la Secretaría de Asistencia Pública dirigió un mensaje por radio a la nación con la afán de incidir en la conciencia de los escuchas. En este mensaje hizo un llamado a todos los sectores del país para que cooperaran en la Campaña Nacional de Prevención a favor de la Madre y el Niño encabezado por esta Secretaría.

Como apoyo a la política de atención a la madre y del infante, en casi todos los estados de la República se instalaron casas de asistencia, maternidad, clubes de madres y hogares infantiles principalmente en el centro del país. Entre todo este auge, la atención médica materno-infantil también tuvo impulso importante, acompañados lógicamente de hospitales y centros de salud especializados. Es de los primeros de los cuales hablaremos a continuación.

En relación a estos temas y en específicamente sobre Yucatán, las tesis para optar por el grado de doctor en medicina, fueron el medio privilegiado para el desarrollo de investigaciones relacionadas con la salud de la infancia yucateca. Un buen ejemplo es la tesis para optar el grado de médico cirujano de Rafael Ramos Galván (1938) donde se aborda de forma estadística, basándose en el registro Civil de la Ciudad de Mérida, la mortalidad infantil y sus causas desde 1927 hasta 1936. En este se presentan datos demográficos importantes, convirtiéndose en uno de los pocos trabajos puramente estadísticos relacionados con la mortalidad infantil, resultando también interesante que desde la capital del país haya surgido el interés en la situación de los niños de Yucatán.

Por su parte, la tesis de Manuel Palma (1864) sobre la higiene de la infancia proporciona un manual médico para el cuidado de los infantes, desde la lactancia hasta los primeros cinco años de vida, en donde describe los métodos para lograr el óptimo desarrollo del recién nacido, su crecimiento y la

conservación de su salud. Peniche Vallado (1926) también aborda el tema de la higiene, siguiendo la misma línea que Palma, pero hace hincapié sobre en el papel que el médico juega en la educación de la madre, en relación al cuidado e higiene que requiere un menor desde el momento de nacer.

Otro aportes importantes fueron aquellos trabajos de médicos tesisistas como Álvaro Bolio (1909), quien en su tesis para obtener el grado de doctor cirujano, aborda el tema de la higiene, pero enfatiza mucho más en los cuidados de niño durante la primera y segunda infancia, aborda temas sobre distintas formas de lactancia (natural, por nodriza, artificial y animal), ropa apropiada para los menores, el destete y otros aspectos generales de los primeros años de vida del infante. Al igual que todas las anteriores, éste trabajo aporta sin duda, desde la perspectiva histórica, información valiosa sobre cada uno de los temas que aborda, presentando los ideales y creencias de la ciencia médica en relación a la crianza del menor. Estas tesis aunque consideradas fuentes primarias, son señaladas en este apartado como muestra de la diversidad de trabajos, no sólo en el ámbito social, sino también en el médico relacionados con la salud infantil.

Por último y no menos importante, se encuentra el referente obligado de casi todo estudio que trata sobre el Yucatán de los siglos XIX y XX, en cuanto a la relación salud e infancia, hablamos de la Enciclopedia Yucatanense (1977). Esta obra, que surge de múltiples colaboraciones y que describe una gran variedad de aspectos, políticos, sociales y culturales de Yucatán, también proporciona datos útiles e interesantes sobre aspectos como el propio Hospital del Niño, la historia de la medicina alópata y homeopática, la cual también era utilizada en los menores, la escuela de medicina y el surgimiento de la pediatría como especialidad en la península, la higiene en las familias de la ciudad de Mérida y de los pueblos de Yucatán, su infraestructura sanitaria y urbana, entre otros temas, hace de esta ella una fuente importante de información de la época y material de consulta imprescindible.

Para finalizar, como eje de análisis presento el estudio de los hospitales. Nadie duda de las transformaciones que han ocurrido alrededor de los

hospitales, tanto ideológicas como técnicas. Muy probablemente con el mismo bien último, pero ciertamente su fundación y desarrollo ha ido cambiando con el tiempo. En su inicio en la Edad Media, el hospital fue considerado como un establecimiento de esencia religiosa, donde se prestaba asistencia a los pobres y desamparados cuando se enfermaban, no tanto con el objetivo de sanarlos, sino con el de brindarles alivio, consuelo, resguardo espiritual, alimentos y un techo donde permanecer durante la enfermedad.

En la Colonia, se consideraba que la pobreza, la enfermedad y otros grandes problemas sociales tenían su solución en las obras de caridad. Los hospitales comienzan a surgir con la misma idea de piedad religiosa, pero al mismo tiempo con miras a ser establecimientos donde los avances médicos estuvieran presentes, siempre manteniendo la idea fundamental de que atender, dar cobijo y alimento a los pobres enfermos sería suficiente para atacar la miseria en las ciudades. Pobreza y hospital eran problema y solución, y la política que los contenía estaba más relacionada con la concepción de la pobreza que con una estrategia sanitaria real.

Por esta razón, los hospitales siempre estuvieron ligados a la iglesia, desde el personal que lo atendía hasta su ubicación misma (siempre unido a una catedral, parroquia u orden religiosa). De una manera u otra era a través del hospital que la iglesia como institución tenía relación con el mundo exterior, es decir, se vinculaba más con la población, la vida cotidiana y los grupos desamparados. Aunque de cierta manera cada hospital era administrado según lo establecido por sus fundadores, los religiosos responsables de cualquier hospital deberían seguir un regla principal: el hospital deberá ser únicamente para los pobres, y solo mediante previa paga podrá atenderse a personas que cuenten con bienes de fortuna. En caso contrario no recibirían la aprobación del obispo y sin la misma no podrían tener vigencia como institución.

Ya en el siglo XIX se publicaron leyes que generaron la desamortización de los bienes e inmuebles de las instituciones religiosas, y las Leyes de Reformas dispusieron la nacionalización de los bienes del clero, resultando así un cambio

en la administración y atención en los hospitales hasta entonces existentes. Ya en la segunda mitad de este siglo, iniciaron los albores de varias de las especialidades hasta ahora presentes: oftalmología, gineco-obstetricia, dermatología y psiquiatría son algunas de estas, pero es hasta el XX donde importantes avances tuvieron lugar, mismos que contribuyeron de manera significativa en la evolución de los centros hospitalarios.

Entre las clasificaciones más completas acerca de las investigaciones históricas sobre los hospitales podemos mencionar la de María Luz López Terrada (s/a) quien establece que los acercamientos históricos al desarrollo hospitalario se concentran en diez puntos principales, y estos son:

1. Estrictamente institucional, la historia, fundación, constituciones y normas de un hospital.
2. Arquitectónico, reconstrucción de la historia de las instituciones a través de los cambios registrados en los edificios.
3. Funcionamiento interno, una historia estrictamente institucional, a través de la documentación de tipo administrativo.
4. Relaciones con la sociedad, con principios de la sociología de la medicina, del hospital y en el hospital, es decir, cómo el hospital estaba integrado a la sociedad que lo hospedaba.
5. Estudio de los grupos asistidos, fundamentalmente la demografía de la población nosocomial.
6. Asistencia médica, prácticamente acercamiento a las profesiones sanitarias, su evolución y su relación con el tipo de asistencia ofrecida.
7. Funcionamiento económico. Estudio de la economía del hospital.
8. Historia local, básicamente una micro-historia del hospital.
9. Vida cotidiana y mentalidades. Mentalidad y actitud de una sociedad ante determinadas enfermedades.
10. Farmacia, botánicas hospitalarias, medicamentos contenidos en las boticas a partir de inventarios y los centrados en la figura de los boticarios.

Como puede observarse, la gama de estudio que ofrecen los hospitales, siendo una de las instituciones la cual se ha convertido en el eje de cualquier sistema de salud actual. Los siguientes son algunos ejemplos de investigación histórica sobre hospitales, su transformación y profesionalización.

Resulta imprescindible el trabajo de Michel Foucault (2001) relacionado con el nacimiento de la clínica porque contribuye de manera importante a la historia de las ideas, específicamente a la de la salud-enfermedad y la atención de las mismas. Trazando el desarrollo de la medicina, específicamente de la clínica, aborda transformaciones sociales, políticas y económicas, mismas que se retroalimentan con los avances científicos y tecnológicos. En lo relacionado con los hospitales, retoma y analiza los cambios en el análisis médico, y de cómo estos impactan también las representaciones sociales, mismas que a su vez transforman el ambiente médico y por supuesto los hospitales.

Por segunda ocasión hacemos mención de Jesús Kumate (1982), ahora con su trabajo sobre especialidades médicas en México, mismo donde realiza investigación sobre el desarrollo de los hospitales en México durante el siglo XX y también aborda el primer “hospital” para niños en México durante el siglo XIX: el Hospital de San Andrés, fundado por Nicolás de Teresa, donde el médico encargado resultó ser nada más y nada menos que Eduardo Liceaga, quien posteriormente jugaría un importante papel para la creación del sistema de salud federal.

Pasando a la línea institucional, Mauro Loyo-Varela y Horacio Díaz-Chazaro (2009)s, en su artículo “Hospitales en México”, realizan una revisión sobre la evolución de los hospitales desde la Conquista hasta el México posrevolucionario. Siguiendo por la beneficencia privada, la pública y el cambio de éstas con la leyes de Reforma. A pesar de lo breve del trabajo, los autores logran abarcar de manera breve los objetivos establecidos, con los siguientes apartados: Qué es un nosocomio público, origen del hospital, la atención médica precortesiana, los hospitales en la Colonia, la caridad, mutualidad, punto que ha sido es poco trabajado, beneficencia privada, Secretaría de Salubridad y Asistencia, la seguridad social, los seguros privados, la salud como derecho constitucional, evolución de los hospitales en México, los hospitales actuales, estructura hospitalaria y gestión clínica en el nuevo siglo.

En una investigación de corte regional, Jorge Castillo Canché (2010: 41) realizó una interesante investigación sobre las instituciones de beneficencia en el estado de Campeche durante el siglo XIX, analiza la secularización de los centros de atención médica señalando que: “El agregado de la palabra “publica” fue un indicativo de las características de este tipo de ayuda social, pues suponía, en primer lugar, que estaba organizada y administrada por un poder civil (...) pero esto no significó el retiro total de la institución eclesiástica de su antiguo campo de acción social”.

Así, el hospital de pobres en Campeche, atendía aquellas enfermedades endémicas que azoraban a los naturales, el hospital San Juan de Dios, atendido por los juaninos cambió su estructura a principios del XIX no dando atención únicamente a enfermos pobres, si no que adecuó sus instalaciones para tener una casa-cuna y espacio para pacientes “dementes”. Con esto podemos observar la diversidad de servicios que un solo hospital podía albergar, lejos entonces de la especialización.

Por último, quiero mencionar a Josefina Muriel de la Torre (1990), quien ha realizado amplios y profundos trabajos sobre la historia de los hospitales en México, desde los siglos XVII hasta la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dirigiendo sus investigaciones a conventos de mojas en la Nueva España, sus arquitectos, colegios de niñas y la vida y obra de órdenes de monjas en la sociedad novohispana, hasta libros de cocina. Aquí es de nuestro interés su libro titulado: Hospitales de la Nueva España: de los siglos XVII y XVIII, hasta la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En dicha obra, ideal para aquel que quiere iniciarse en esta temática, los datos y las fuentes proporcionadas por la autora demuestran su gran capacidad para la obtención de información, la cual nos lleva de la mano por siglos de evolución hasta el surgimiento del hospital tal como ahora los conocemos. Mapas, datos económicos, personal y capacidad de atención son algunos de los datos que Muriel ofrece, para abrir el tema de los hospitales como un mar en el cual existen muchos peces para contemplar y muchos modos para nadar entre

ellos. El desarrollo de los hospitales, particularmente los infantiles, responden a cambios conceptuales de lo qué es ser niño, los cuáles fueron reflejados no solamente en la prensa, sino también en la aparición de nuevas ramas científicas especializadas en los niños como la medicina, la pedagogía y la psicología.

He presentado las directrices de este trabajo, directrices conceptuales que permitieron ir construyendo y de-construyendo. Todo trabajo reflexivo siempre queda sin concluir, tal como el autor desea, este caso no es lo contrario, sin embargo espero que las siguientes páginas contribuyan al entendimiento de esta interesante historia-proceso: la salud infantil, la pediatría y la construcción de un nuevo país.

Metodología

La construcción de este trabajo está fundamentada, esencialmente, en fuentes primarias procedentes de distintos repositorios: Archivo General del Estado de Yucatán (Poder Judicial, Congreso del Estado y Actas de Cabildo); Biblioteca virtual de Yucatán (Folletería), Archivo General de la Nación (AGN); Archivo de la Secretaría de Salud (AHSS) y la Hemeroteca “José Ma. Pino Suárez (Diarios Oficiales del Estado de Yucatán), Acervo Histórico de la Biblioteca José Luis Bobadilla en el Instituto Nacional de Salud Pública y Biblioteca Dr. Nicolás León de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM y, Archivo Histórico de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Metodológicamente para confirmar o refutar la hipótesis expuesta, me fueron útiles los recurso teóricos-conceptuales, la revisión de fuentes bibliográficas pertinentes, fuentes documentales y entrevistas realizadas a médicos yucatecos que ejercieron en el Hospital del Niño de Mérida. También se realizó consulta hemerográfica presencial y virtual en la Biblioteca-Hemeroteca “Ignacio Cubas” (Diario Oficial de la Federación, Gaceta Médica, Diario el Universal y Excelsior), la Biblioteca Yucatanense (Diarios Oficiales, Revistas Médicas, Periódicos locales). También fue importante echar mano de la historia

oral, mediante entrevistas a los médicos Dr. Federico Patrón Sánchez y Dr. Mario Lizárraga González, habiendo laborado el primero en el Hospital de Niño de Mérida, y el segundo en la consulta particular, pero con una intensa relación con el Hospital del Niño. Este material fue de gran valía para llenar espacios vacíos que la información documental dejaba y para conocer detalles cualitativos del trabajo cotidiano en el hospital.

De acuerdo con los ejes de análisis referidos páginas antes, la tesis se divide en dos grandes apartados. En primer lugar, el desarrollo de la salud pública en México el cual contiene tres capítulos, en el primero es el dedicado al periodo del porfiriato, donde los objetivos del desarrollo económico del General Porfirio Díaz dictaron el camino del país en materia de caminos, vías ferroviarias, educación e higiene pública, por citar los ejemplos más obvios, es el abordado en la primera parte de este trabajo. En este capítulo el objetivo es presentar y analizar los discursos y las acciones que instrumentó el gobierno mexicano relacionadas con la construcción y consolidación de un nuevo concepto de niñez, basado en las tendencias científicas emergentes.

En el primer apartado se presenta el cambio que se dio en la atención a los infantes enfermos al pasar de manos de religiosas quienes contaban con conocimientos y asesoría médica limitados, el cuerpo, pero sobre todo el alma del paciente, sobreviviendo de caridad y donaciones de los ciudadanos más adinerados. El segundo apartado presenta los programas de salud y atención médica que fueron implantados y desarrollados para la infancia mexicana, enfatizando posteriormente en aquellos que daban seguimiento a las teorías de la higiene y la importancia de la prevención, siendo estos últimos abordados en la parte final de este capítulo.

En el segundo capítulo presento las bases teóricas e institucionales que permitieron desarrollar la nueva concepción del niño, ubicados ya, en los años posteriores a la Revolución. Dichos discursos fueron los pilares para la implementación de políticas públicas relacionadas con la salud infantil, específicamente el higienismo y la eugenesia, hicieron posible que la población

aceptara en mayor o menor medida las transformaciones institucionales que el nuevo gobierno instaló. En estas dos corrientes se planteó a la infancia como el trampolín para el mejoramiento y saneamiento de la población por medio de programas y campañas de salud dirigidas a las infancia.

En este contexto en el capítulo tres abordo las acciones que sustentaron las corrientes científicas e intereses del Estado que respondían al nuevo contexto económico nacional e internacional. Para contextualizar la condición en salud de la infancia presento el estado demográfico de la niñez, los índices de enfermedad y mortalidad que demostraban lo imperioso de ejecutar acciones concretas al respecto, y dichas acciones son presentadas en el último apartado, programas y campañas en pro del mejoramiento físico de la niñez, así como la reducción de las tasas de morbi/mortalidad.

La segunda parte de esta investigación: Especialización médica, el caso de la pediatría, contiene un solo capítulo el cual trata sobre la profesionalización de la pediatría y como consecuencia de esta, la fundación de hospitales dirigidos específicamente a la infancia. Esto lo explico, en primer lugar, con los cuidados que la ciencia médica dirigía a la niñez durante el porfiriato, es decir, los primeros esfuerzos de la medicina para atender de forma independiente, más allá de verlo como un adulto en miniatura. Después de la revolución la atención médica a la infancia es abordada también demostrando que mucho se retomó del porfiriato, únicamente adecuando las políticas al nuevo contexto.

El desarrollo de la pediatría mexicana, específicamente en Yucatán, es descrito en el último apartado de este capítulo. Considerando que el desarrollo de la especialidad fue más o menos similar en el resto del país, sin olvidar las características únicas que tiene el estado yucateco. Por último, la ola de fundación de hospitales pediátricos es ejemplificada, como mencioné antes, con el Hospital del Niño de Mérida, nosocomio pionero en el país en la atención especializada a la salud infantil. Pasemos pues, a conocer este proceso.

PRIMERA PARTE

EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

1. Política sanitaria durante el porfiriato

En la transición de los siglos XIX y XX, la salud del niño, su cuerpo y la higiene necesaria para su óptimo desarrollo fueron punto de preocupación científica y del Estado. La percepción del infante dejó de ser esencialmente afectiva y la necesidad de cuidar su desarrollo se transformó en acciones. En México, el sustento ideológico positivista veía el desarrollo homogéneo de la sociedad pero por el otro, según su propio discurso, que las clases populares eran consideradas genéticamente inferiores, y esa aclamada mejoría sería posible únicamente a través de la “limpieza” de la raza.

Dentro de este cuadro de ideales, en este capítulo tengo el objetivo de presentar y analizar los discursos y las acciones que implementó el Estado mexicano durante el periodo de Porfirio Díaz relacionados con la construcción y consolidación de un nuevo concepto de niñez, principalmente el que se basó en las tendencias científicas emergentes en ese momento y comenzaré por el cambio en la asistencia médica y de las sociedades de beneficencia que estaban en manos de particulares a la institucionalización de la atención a la salud en manos del Estado. Abordaré también las políticas y los programas de salud y atención médica que fueron instaurados para el cuidado de la infancia. En el último apartado resaltaré la importancia de la corriente higienista para lograr el saneamiento tanto del ámbito público (agua potable, alcantarillado, etcétera) como el privado (limpieza corporal, medicina preventiva) será analizado.

En el porfiriato fueron los médicos y los maestros los que reconstruyeron y reconfiguraron los cuerpos infantiles; sus saberes y técnicas científicas conforman juntas lo que del Castillo (2006: 260) llama la “sistematización del conocimiento”. Esta sistematización fue organizada alrededor de la premisa de mirar hacia dentro y hacer visible lo invisible: “(...) durante los años de 1876 y 1911 en el país se vivió un periodo de cierta estabilidad política y social”. Aunque cabe destacar que dicha estabilidad

contrastaba con los disturbios y protestas en contra del Estado, caracterizando también estos años.

Una de estas reconfiguraciones fue la construcción social del niño, la cual se dio por la incipiente certeza de que en los niños descansaba el futuro del país, entonces se convirtieron en objeto de especial cuidado, particularmente en cuanto a su desarrollo físico y mental a través de la medicina y la educación, como ya he mencionado. Beatriz Alcubierre (1997: 38) ubica este momento como el surgimiento de los niños como asunto de Estado. “(...) es decir, éste asumía la responsabilidad de enriquecer y regular su formación, por medio del control educativo. Para la mentalidad liberal y positivista que permeaba los círculos intelectuales y políticos del Porfiriato, la educación se concebía como el único medio para alcanzar la *civilización y el progreso* de la sociedad”.

En consecuencia el ideal del niño⁴ se convirtió en una representación de la excelencia física y mental que requería de una buena educación tanto pedagógica como civil, moral y ética. Es decir, representan la concepción del ciudadano perfecto, el cual sabría caminar hacia el desarrollo y que llevaría a México a la cúspide del ideal de la nación. Las autoridades relacionadas con la salud, establecieron los cuidados que debían recibir los menores para su correcto desarrollo, incluidas la alimentación, el vestido, la formación de hábitos y costumbres específicas, “siempre enfocados en el binomio que acompañaba el inicio de la modernidad: cuerpo y orden” (Herrera, 2005: 225).

En el ámbito privado, la historiografía sitúa a la familia tradicional porfiriana, o por lo menos la imagen que el Estado tenía de esta, como aquella que vuelca sus esfuerzos en el bienestar de los niños que la integran, aunque sin desplazar a la madre como eje primordial.⁵ Para confirmar esto, a continuación presento un fragmento tomado de

⁴ En contraposición a este niño perfecto, los niños vagos o abandonados en la vía pública (expósitos) se convirtieron en un problema que la sociedad pretendió controlar con diferentes estrategias, como veremos más adelante, pero siempre con la perspectiva de ocultarlos más que de solucionar el problema.

⁵ La idea de familia se veía exclusivamente como un medio para la procreación, y aquellas parejas que no cumplían con este fin, por cualquier razón, eran consideradas como incompletas o sin sentido alguno para la nación.

Alcubierre (1992: 52) en el cual se observa un fragmento del “Decálogo” publicado en *El periódico de las señoras*, emitido durante el año de 1896 en el diario *El amigo de la juventud*, donde se señalan puntualmente cuáles eran los compromisos que la madre tenía hacia sus hijos, es decir, lo que significaba ser una “buena madre”:

1. Criarás a tu hijo con la leche de tus pechos, y a no ser posible, vigilarás atentamente su alimentación.
2. No le destetarás hasta que tenga dientes, señal de que puede digerir, y aun así no le darás alimentos fuertes.
3. No usarás más medicamentos que los que el médico te ordene, repasando toda instrucción de comadre.
4. Tendrás siempre limpio a tu hijo como lo manda la madre ciencia, no abrumándolo con ropas, ni desnudándolo imprudentemente.
5. No le obligarás a dormir en vano, ni le alimentarás en cada momento.
6. Le darás diariamente un baño de aire puro, y de ser posible, de agua fresca.
7. No permitirás que escuche ruidos desagradables, no le expongas a focos de luz muy fuertes, ni le acostumbres a seguir sus caprichos.
8. Le vacunarás sin pretexto alguno.
9. No obligarás a tu hijo a hacer esfuerzos materiales ni intelectuales que no estén relacionados con sus condiciones físicas o mentales.
10. Le acostumbrarás a vivir las penalidades de la vida, a creer en algo y a practicar el lema de: si quieres ser amado, ama.

Resulta interesante la forma en que el concepto del ideal de madre, incluyen además de aspectos morales, aquellos propuestos por el Estado, como la vacunación, la promoción de la lactancia materna y la validez de la ciencia médica. También puede observarse el descrédito sobre los conocimientos populares, o los consejos de quienes no son profesionales de la salud, etcétera. Es innegable que estos parámetros que el Estado filtraba a los ciudadanos por medio de la prensa escrita, como en este caso, impactaban de distinta manera en el ámbito urbano y el rural de México porque en pleno auge del porfiriato, el trabajo infantil en el sistema de producción era de suma importancia. Ejemplo de esto es el caso yucateco, donde niños de siete u ocho años en adelante, comenzaban a formar parte de la mano de obra familiar, como apoyo en las labores de la milpa y/o en el trabajo del hogar, como hasta el presente.

Específicamente, la higiene infantil durante el porfiriato sufrió una transformación social y cultural más profunda relacionada con la concepción del niño y la infancia,

alejada de la visión religiosa. Alberto Castillo (2003: s/p) indica que en el porfiriato la visión secularizada de la infancia se alimentó de dos ejes principales: la educación y la medicina e higienes infantiles. Aunque estos tuvieron un alcance muy limitado “(...) en un país que tenía un nivel de analfabetismo cercano al 85 por ciento y un índice de mortalidad infantil de 45 por ciento, sin embargo, proporcionaron referencias conceptuales básicas muy importantes, que habrían de ser retomadas por los gobiernos revolucionarios en el siglo XX”.

Con una mirada que incluía a toda la sociedad mexicana, y con una base científica y filosófica que la sustentaba, apoyada en una red de instituciones de asistencia y en la renovación y profesionalización de médicos y maestros, la creación de un Estado preocupado por sus niños, durante el último cuarto del siglo XIX fue desarrollándose. Y aunque en los últimos años del régimen de Porfirio Díaz el optimismo estaba más que opacado, se mantenía la idea de que el orden y el progreso eran las mejores propuestas para el proyecto de Nación.

En las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, específicamente entre 1880 y 1914 los discursos y saberes que se tenían de la infancia se consolidaron y diversificaron en varios campos como la pediatría, la cual se incluyó en distintos planes de estudio y programas en la carrera de medicina, tanto en Europa, Norteamérica como en países de habla hispana. Así, a la par de muchos otros países el régimen construyó dispositivos institucionales tanto para la educación infantil como para su atención en cuanto a salud, fincando sus bases en la confianza sobre la técnica y el progreso, intentando quedar a la par de los países “modelo”, especialmente europeos. Carrillo (2005: 171-172) señala que algunas de las acciones acordes con esta nueva concepción occidental del niño fue la fundación de colegios y hospitales para la infancia.

Dicha preocupación se manifestó, entre otros aspectos, en la promoción de investigación sobre los problemas de la infancia y la promulgación de leyes benéficas para los niños, así como en la reforma de asilos y centros de corrección. No es casualidad que en ese momento los niños cobraran importancia a nivel político, social y hasta comercial, ya que anteriormente la familia no tenía necesidad de considerar al niño como una figura importante, esencial en su núcleo. Como menciona Carrillo (2005: 7)

“(...) no había tiempo ni ocasión para que su existencia tomara lugar en la memoria y en la sensibilidad colectiva”. Con esto quiero decir que la presencia infantil en las familias era efímera, ya que dejaban pronto el hogar.

Lourdes Herrera (2005: 230) aborda la corta presencia de los menores en el núcleo familiar desde la desaparición física del infante, ocurrida con frecuencia, afligía pero no por mucho tiempo, ya que otro lo reemplazaría casi de forma inmediata:

Más que crueldad premeditada, esta indiferencia hacia los niños reflejaba en parte la dura realidad biológica de una época en que la mortalidad infantil era muy elevada. Una madre afectuosa seguramente habría estado constantemente en duelo. La existencia del niño no salía de una especie de anonimato, mientras no superara los primeros riesgos asociados a sus ciclo vital y se convirtiera en adulto.

Así, las iniciativas en cuestión de salud y educación respondieron a un contexto mundial distinto, en el cual el niño se fue transformando de forma independiente al del adulto, y cuestiones como el trabajo infantil y los derechos de los niños fueron puestos sobre la mesa. Resulta fácil registrar las acciones que el Estado llevó a cabo para la transformación de la concepción social del niño, pero no puede ignorarse la capacidad que tiene la misma sociedad para modificar los proyectos oficiales, que aunque influyen culturalmente son objeto de “reacomodos” como los llama Rockwell (2007: 12):

Los que parecen emanar de un Estado preexistente, en realidad resultan de complejos acomodados entre los poderes locales y centrales. Presuponen trabajos en los que participan grupos sociales con intereses y proyectos a menudo contrapuestos. Su desenlace es imprevisible. Si bien se pueden construir condiciones que permitan una real socialización inclusiva del saber, también puede ocurrir lo contrario.

La posibilidad de un traslape entre el discurso oficial y la realidad social, aun considerando las leyes, los pronunciamientos y los documentos oficiales, es casi inevitable al llegar a la vida cotidiana. Específicamente, durante el porfiriato el interés que se dio a la transformación de la figura del niño, tanto en lo público como en lo privado,

refleja un momento coyuntural en la historia de la niñez mexicana. Es el inicio de un proceso en el cual el Estado y el imaginario social comenzaron a transformarse, creando estereotipos infantiles relacionados con la inocencia y la pureza propia de la edad, aunque siempre vinculados con familias de clase alta, ya que por su “naturaleza” el Estado consideraba que el niño pobre o proveniente del campo, compartía dichas virtudes, pero era más fácil de corromper por la delincuencia y adicciones.

Entre algunas de las acciones que se implementaron en orden institucional relacionadas con la salud y la educación, pueden mencionarse las siguientes:

- La inauguración de la Escuela Normal en la capital, la cual conformó el marco en el que las nuevas ideas pedagógicas encontrarían su lugar de discusión.
- La celebración de cuatro importantes Congresos de Instrucción, en los cuales se plantearon estrategias de orden higiénicas y pedagógicas.
- La formulación de una nueva Ley de Educación Primaria, que diferenció al infante según su desarrollo fisiológico, psíquico y moral.
- La apertura de las nuevas escuelas de párvulos o *kindergarten*.
- La creación de departamentos de Higiene Escolar, donde se aplicaron miles de exámenes individuales a los estudiantes, en dichos exámenes se registraban sus datos físicos y psíquicos.
- La incorporación de numerosos textos de medicina infantil, provenientes en su mayoría de la escuela clínica francesa.
- Se instituyó la enseñanza mutua por la simultánea, y se adoptó el sistema de lecto-escritura.⁶

Por otra parte, según Beatriz Alcubierre y Tania Carreño, el Estado para atender a la niñez desvalida se valió principalmente de un recurso: el ocultamiento de los niños en las instituciones de beneficencia: “La reclusión de los niños pobres, mendigos,

⁶ Recordemos que en siglos pasados se enseñaba primero a leer y después a escribir.

abandonados y huérfanos, en asilos, hospicios y hospitales, fue la solución que el Porfiriato dio al enorme conflicto que significaba la proliferación de niños desnutridos, sin hogar, harapientos y con propensión a la delincuencia -inclinación que más preocupaba a las élites porfirianas” (1997: 71). El objetivo era ocultar a los niños desvalidos, pobres y/o en condición de calle, y para los niños que se encontraban en condiciones más favorables por medio de acciones que describiremos más adelante.

La visión del porfiriato estaba influenciada por una idea incipiente en la época, la cual se fue transformando con el tiempo, pero su esencia permitió el desarrollo de discursos en varios ámbitos como el político y científico. Este concepto es el de modernidad. Para este término existen varias definiciones, pero considero que la de François-Xavier Guerra (1988: 37) es la más adecuada para este trabajo:

Con la palabra modernidad –a pesar de que el término sea posterior- designamos el conjunto de mutaciones que se produjeron en el área de la civilización europea a partir de una fecha la que es posible discutir, pero cuyo efecto se hace sentir en elementos de un nuevo sistema global del siglo XVIII. Mutaciones que no son cambios aislados, sino elementos de un nuevo sistema global de referencias que comprende no sólo ideas nuevas, sino también nuevas relaciones sociales y nuevas instituciones.

La comunicación con el mundo especialmente el europeo, permitió que las ideas y la homogenización de los estándares de desarrollo y progreso fueran difundándose e intentando asimilarse. México no fue la excepción, iniciando una carrera en la cual la meta sería igualar las condiciones de vida, económicas y científicas. A continuación se presentan los cambios y las acciones que durante el Porfiriato se llevaron a cabo en materia de atención a la salud de la población, poniéndose particular atención en la infancia. Como principal ejemplo de las transformaciones ocurridas durante el porfiriato tomaré los hospitales, los cuales considero son la representatividad física de cambios políticos, tecnológicos y científicos, como veremos a continuación.

De la beneficencia a la institucionalización.

Las instituciones hospitalarias antes del siglo XVIII eran reconocidas como extensiones del clero, lugares donde se daba asilo tanto a los pobres como a los enfermos de escasos recursos, ya que las clases altas solían atenderse en su hogar. Mantenido por particulares, eran sostenidas por aportes voluntarios o donaciones, pero ya a inicios del siglo XVIII comienzan a ser transformadas por la secularización: “Al iniciarse aquel momento que va de la filosofía a la política, abarcando hasta las formas de la vida, las viejas instituciones de los hospitales sufren, al lado de la iglesia, los embates del liberalismo” (Cough, 2013: 104).

Los cambios en estas instituciones se dan, en un principio en base a la promulgación de ciertas leyes. El primer ejemplo de esto es la Real Cédula del 25 de diciembre de 1804, que mandó la enajenación de bienes raíces y capitales de capellanías y Obras Pías, trasladándolas a las Cajas reales. Esta disposición establecía: “Siendo indisputable mi autoridad de soberano para dirigir éstos y otros fines del Estado los establecimiento públicos, he resuelto después de maduro examen, se enajenen todos los bienes raíces pertenecientes a hospitales, hospicios y casas de misericordia, de reclusión, de expósitos, cofradías, memorias, obras pías y patronato de legos” (Cough, 2013: 104).

Posterior a este decreto llegó la Constitución de Cádiz en 1812, donde se lee el siguiente enunciado: Está a cargo de los ayuntamientos el “cuidar de los hospitales, hospicios, casa de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban” (Cough, 2013: 105). Por último, en este periodo, el Decreto de la supresión de las órdenes hospitalarias en 1820, por parte de las Cortes españolas, sumaron a esta transformación. Como era de esperarse este orden perjudicó a los establecimientos religiosos que también atendían enfermos y desamparados. Con la intención de separar los hospitales de la iglesia, y dejarlos bajo el control del gobierno hasta convertirlos en instituciones civiles, fueron debilitando sus bases y sus posibilidades económicas de manutención.

George Rosen (2005) en su ensayo sobre la historia de la atención a la salud, aborda el hospital medieval caracterizándolo desde la asistencia social en casos de

enfermedad o desgracias de distintos tipos (miseria o abandono). Desde el siglo XVIII, factores económicos, sociales y políticos influyeron para crear un nuevo contexto en relación a la atención médica, coadyuvando a que los hospitales pasen cada vez más a una condición secular. Esta situación fue motivada en parte, por el deseo de independizarse del control religioso, restar poder a la iglesia, por parte de las autoridades civiles. Aunque este fue un proceso lento, en el cual paulatinamente los centros de atención a las enfermedades fueron saliendo del control eclesiástico.

En este período la importancia de los hospitales radica no sólo en haber sido el centro para el cuidado y restablecimiento de la salud; Castillo (2002: 39) describe su valor: “No hay clase alguna de edificios públicos en que más se interese la humanidad, que en la erección de buenos hospitales porque de ellos depende la conservación de la salud pública; ni hay género de obras que por su naturaleza y objetivo pida tantos conocimientos ni tanto cuidado como la edificación de una cosas destinadas al consuelo temporal y espiritual de nuestros semejantes”. Con su importancia bien definida los hospitales comienzan a distinguirse de los establecimientos lazarinis, dejando en evidencia que la atención religiosa y cuidados no eran las únicas respuestas necesarias ante la enfermedad. Los espacios físicos, la ventilación, la división de enfermos y la supervisión profesional comenzaron a ser requeridos.

En México el cuidado y a la atención médica era caracterizada por el financiamiento de particular y los estados en ciertos casos mismos que crearon “hospicios, casa de cuna y de recogidas, el Monte de Piedad y hospitales” (Castillo, 2006: 70) los cuáles en su mayoría asistían a pobres o menesterosos. Ubico su origen en la Colonia, con base en los preceptos cristianos de caridad y misericordia y en las ideas ilustradas de filantropía y fraternidad hacia el prójimo. En 1861 el Estado secularizó a los hospitales y establecimientos de beneficencia, creando la Dirección General de Beneficencia Pública, que tiempo después quedó bajo el control de la Secretaría de Gobernación, dividida en tres clases de establecimientos: hospitales, hospicios y casa de educación y corrección (Castillo, 2006: 71).

Alonso Gutiérrez menciona los hospitales, hospicios y casas de educación y corrección que existían al momento de la promoción de estas leyes (1993: 19), lo describo aquí de la siguientes manera:

1. El Hospital de San Andrés, destinado al tratamiento de enfermedades agudas, médico-quirúrgicas y una sala dedicada a enfermedades sífilicas de los hombres.
2. El Hospital Juárez atendía el servicio de las cárceles y contaba con una sala para el cuidado de los leprosos.
3. El Hospital Morelos trataba las enfermedades sífilicas de las mujeres.
4. El Hospital de Maternidad daba asistencia a las parturientas.
5. El Hospital de Infancia atendía las enfermedades de los niños.
6. Los Hospitales de San Hipólito y del Divino salvador se proporcionaba asistencia, respectivamente, a hombres y mujeres dementes.
7. En el Hospicio de Pobres, se daba asilo y educación a niños y niñas y albergue y alimentos a ancianos desvalidos.
8. La Escuela Industrial de Huérfanos, donde se impartía enseñanza primaria y de artes y oficios a jóvenes pobres y corrigendos.
9. La Escuela de Educación de Agricultura Práctica, establecida en Momoluco, destinada a recibir adolescentes que habían delinquido.⁷

De fines del siglo XIX hasta principios del XX, la política del porfiriato fue promover la salubridad y organizarla bajo su control y supervisión. Las autoridades municipales y estatales junto a la filantropía mantenían y organizaban los centros de asistencia. García y Corzo describen los movimientos institucionales a finales del siglo XIX en México respecto a la atención a los enfermos: “Durante el porfiriato se reestructuraron la

⁷ Resulta interesante observar que los hospitales y hospicios llevaban nombres religiosos, lo que reafirma la premisa de que fueron fundados bajo orden de la iglesia católica.

beneficencia y la salubridad. En 1877 fue creada la Dirección de Beneficencia Pública, independizando del ayuntamiento a todas las instituciones de este tipo, y para 1881 la Dirección de Beneficencia pasó a depender de la Secretaría de Gobernación. El Consejo Superior de Salubridad Pública, quedó a su vez sujeto a la sección de Beneficencia” (1992: 276).

Puede observarse que la ayuda a los desprotegidos, necesitados y enfermos se ha transformado en respuesta a las distintas corrientes sociopolíticas y orientaciones ideológicas de la sociedad. Ante las nuevas disposiciones legales, las reacciones de la sociedad no siempre fueron favorecedoras, argumentando que el auspicio a los pobres por parte del Estado generaría el efecto contrario. Uno de los difusores de este discurso fue Francisco Pimentel,⁸ quien como señala Gutiérrez no creía en lo positivo de la secularización de la atención: “(...) tomó nuevamente fuerza la opinión, incluso en medios oficiales de que era necesario dejar a los particulares la misión de ejercer la caridad porque, pensaban, el auxilio gubernamental agravaba el problema de la mendicidad; el desvalido, aseguraba Francisco Pimentel años antes, “al ser socorrido por el Gobierno, no toma precaución alguna para no caer en la miseria ni se esfuerza por salir de ella” (1993: 19-20).

Era un periodo liminal en el que aún la ayuda privada jugaba un papel importante para el mantenimiento de los hospitales, se heredaba una actitud filantrópica de la caridad de los siglos anteriores, y se intentaba reorganizar el sistema de beneficencia y salubridad durante el porfiriato. Muestra de esto fue que hasta 1889 se expidió una ley que daba personalidad jurídica a las asociaciones filantrópicas y en 1904 fue promulgada la ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales (García y Corzo: 1992: 276).

Este proceso de secularización paulatina de los centros de atención médica, es conceptualizado por Mercedes Alanís-Rufino como medicalización que define de la siguiente manera (2009: 63-64):

⁸ Francisco Javier Pimentel y Heras Soto, escritor, historiador, lingüista, indigenista y académico mexicano, 1832-1893.

El concepto de medicalización se entiende 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 presencia fue permeando diversos aspectos de la vida, entre los que incluyó el nacimiento. El contexto que se ubicó este proceso es el de las reformas liberales del siglo XIX, periodo en el cual 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.

Así, siguiendo con la definición de Alanís-Rufino, hablaremos de la medicalización de la salud y enfermedad, como el proceso de cambio de las manos eclesiásticas a las seculares, a mano del Estado. Cambio en el cual el gobierno federal prestó mayor atención a la sanidad y problemas de higiene en la capital y en menor grado en las provincias. García y Corzo (1992: 277) ejemplos de estos son:

En la primera se llevaron a cabo trabajos relativos al mejoramiento de las condiciones de higiene de la ciudad de México, se creó el Instituto Antirrábico, la vacunación fue más difundida, se rehabilitaron el drenaje, el rastro, los cementerios y los hospitales (...) Todas estas acciones quedaron comprendidas dentro del marco legal que significó la promulgación del Código sanitario Federal del 15 de julio de 1891, que para los autores representaba un orgullo por los avances que presentaba para la época. Aunque sufrió de serios tropiezos para llevarse a la práctica, por falta de recursos humanos y materiales, con todo, el Código sirvió de ejemplo para aquellos estados interesados en decretar su propio ordenamiento.

En el porfiriato los hospitales de beneficencia existentes en el centro del país eran San Andrés, San Hipólito, Juárez, Morelos y el de Maternidad e Infancia, que eran rebasados en su capacidad de atención. La mayor parte de estos, se encontraban dentro de exconventos y monasterios y ante la necesidad de ampliar y mejorar su funcionamiento y atención, el gobierno absorbió su administración con la intención de

modernizarlos. Por ejemplo, (...) para el Hospital Juárez se adquiere el primer equipo de rayos X de la nación” (Baca, 2014: 33).

Con la llegada del siglo XX el gobierno porfiriano comprometido con el proceso de modernización contribuyó a la consolidación de la atención a la salud de la población desde una perspectiva más científica, creando espacios apartados del clero y promoviendo el trabajo de nuevos profesionistas como médicos, higienistas, enfermeras, etcétera. Los cuales con sus saberes impactarían positivamente en la salud de la población en general. Algunas de las acciones realizadas en este periodo serán presentadas a continuación, continuando con el énfasis en los hospitales, campañas preventivas e higiénicas.

Programas de salud y atención médica dirigidos a la infancia.

La promoción de la salud infantil tuvo como espacios privilegiados los hospitales. El desarrollo de la literatura médica sobre niños acompañó la preocupación del humanismo europeo por su educación y cuidado como prueba de esto, ya en el siglo XV, fue construido en Florencia Italia (Ansúa, 2012:231) el primer hospital exclusivo para niños en occidente, dejando de lado hospitales e instituciones de protección a la niñez de naturaleza religiosa. Los objetivos de estos últimos, como ya he mencionado, eran el cuidado y protección de la infancia, pero no estrictamente médico sino los relativos a la educación y al espíritu.

Entre fines del siglo XIX y principios del XX hicieron su aparición Direcciones o Departamentos de Sanidad en México. Aspiraban a obtener un alcance nacional y llevar la medicina occidental a distantes regiones rurales, ahí donde buena parte de la población habitaba y que hasta entonces no habían tenido contacto con servicios oficiales de salud. Puede observarse que factores de tipo económico, social y político contribuyeron a crear una nueva situación para los hospitales. Primero, pasando al orden secular, los monjes y monjas continuaron con su manejo. Segundo, la asociación directa de los médicos con el hospital, quienes los aprovecharon para estudiar ciertas

enfermedades y dar inicio a su propia educación práctica. Tercero, en la medida que los hospitales se hacían más complejos en sus funciones y objetivos, también necesitaron más personal, infraestructura, equipo especializado y una operación más costosa.

En resumen, desde el siglo XVI hasta el XIX, el objetivo de los hospitales se limitaba a preservar el orden social el atender a los enfermos y necesitados. Pero más adelante, a través de su propia transformación y los cambios externos llegaron a ser lo que son hasta ahora: una de las características de los países económicamente desarrollados, un indicador de bienestar y progreso social. En palabras de Rosen “este tipo de hospital puede ser llamado taller de salud o industria médica. Aquí la atención médica es el objetivo primordial de la institución, y sus disposiciones se ven guiadas por normas científico-técnicas y por las necesidades de una racionalidad orgánica y económica” (Rosen, 2005: 350).

Fue en 1852 en la ciudad de Londres, donde se fundó el primer hospital especializado en niños, con especialidad pediátrica establecida, Maruja Echegoyen⁹ en una nota periodística hace el reconocimiento de dicha obra:

En un solo año, 1850, murieron en Londres 50,000 personas, de las cuales 21,000 eran niños menores de diez años. Los hospitales cuidaban como podían a 2,363 pacientes, entre los cuales los niños llegaban apenas a veintiséis. Los otros niños enfermos eran atendidos en sus casas, con remedios tradicionales las más de las veces en medio de condiciones. Sólo sobrevivían, pues, los más fuertes. Aparte de los continuos peligros de infección, los niños solían estar muy mal alimentados y trabajaban duramente, en las minas de carbón y en las fábricas (o como deshollinadores cuando eran pequeños). La ley permitía que trabajaran hasta seis horas y media por día, los niños menores de catorce años.

Este paisaje social de pesadilla sólo tiene poco más de un siglo. Hay que recordarlo para entender lo que significó en 1852 la fundación del primer Hospital para Niños en Londres. Se debió a la iniciativa y tenacidad del Dr. Charles West, secundado por un amigo, Sir Henry Bence Jones, y un grupo de patrocinadores. Alquilaron una amplia casa de Great Ormond Street, donde había vivido el médico de la Reina Ana, y el día de San Valentín (en que los enamorados intercambian cartas postales de saludos o tímida declaración) se inauguró “The Hospital for Sick Children”, con diez camitas y una Clínica para

⁹ Ver nota completa en anexos. “El hospital Infantil de Londres”, Diario del Sureste, domingo 12 de septiembre de 1965, página 3.

pacientes no internados. Charles Dickens, fue uno de los primeros y más dedicados partidarios. Lord Shaftesbury su primer Presidente y la Reina Victoria aceptó ser la Primera Patrocinadora. Gracias a un discurso de Dickens en un gran banquete público en 1858, el Hospital pudo comprar la casa vecina y aumentar el número de niños internados hasta 44.

Europa siempre fue punta de lanza en cuanto a la atención infantil se refiere y modelo para México en la misma materia, dictó la línea de las acciones que el Estado debía seguir. Ejemplo de esto son los hospitales que fueron establecidos en este periodo.¹⁰ José Álvarez (1960: 537) junto a otros investigadores realizaron un listado de los hospitales existentes en la República mexicana en el año de 1902, la cual retomo a continuación con el fin de proporcionar una idea de la situación en cuanto a materia de salud y enfermedad se tenía.

Tabla 1. Hospitales en México en el año de 1902

Estado	Número de hospitales
Aguascalientes	3
Campeche	2
Coahuila	1
Chiapas	4
Chihuahua	3
Durango	2
Guanajuato	31
Guerrero	4
Hidalgo	16
Jalisco	33
México	23
Michoacán	10
Morelos	5

¹⁰ Rolando Baca Martínez, señala que el gobierno de Porfirio Díaz crea la primera institución médica civil en 1896; el Hospital General de México, el cual estaría a la cabeza de un sistema de hospitales civiles instalados en las principales ciudades de la República. Así mismo, para atender la salud mental, se crea el Manicomio de La Castañeda por rumbo de Mixcoac. Para ambas toma como ejemplo instituciones similares de Europa, siguiendo el sistema de pabellones (edificios de estilo neoclásico alternados entre jardines) en los cuales, por su misma distribución, sirvió para que en cada uno se concentrara a enfermos aquejados por un mismo mal o trastornos relacionados, con lo que se dio origen a las especialidades (2014: 34)

Nuevo León	1
Oaxaca	6
Puebla	20
Querétaro	2
San Luis Potosí	8
Sinaloa	3
Sonora	7
Tabasco	1
Tamaulipas	4
Tlaxcala	6
Veracruz	17
Yucatán	3
Zacatecas	2
Tepic	7
Baja California	4
Distrito Federal	21

Puede observarse la disparidad en el país con respecto al acceso a hospitales, aunque no hay que dejar de lado las distintas características de cada región, sus actividades comerciales y su densidad de población. La atención a la infancia, iba de la mano con la atención a las madres, así los hospitales dirigidos a la atención materna también tuvieron cabida. Ejemplo de esto es el Hospital de la Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, el cual tuvo 44 años de vida, de 1861 a 1905. Este hospital tuvo como origen las gestiones de los directores de la Escuela de Medicina, que pidieron que se estableciera la primera clínica de partos en la Ciudad de México.

Aunque con un impacto limitado, como señala a continuación Alanís-Rufino (2009: 63), la importancia de la apertura de esta clínica, radica en el que forma parte de la historia de la obstetricia en el país.

Aunque el Hospital de Maternidad abrió sus puertas para atender a todas aquellas mujeres embarazadas que requirieran asistencia médica, su impacto fue limitado, pues por diversas razones, muchas prefirieron seguir pariendo en el ámbito privado, algunas veces auxiliadas por parteras y otras por médicos. Aún así, el Hospital de Maternidad fue el lugar, en el que después de muchos avatares, se estableció la primera clínica de obstetricia en la ciudad de México que facilitó a los estudiantes de medicina la adquisición de conocimientos prácticos.

Al tratar a las mujeres embarazadas como “enfermas” se reconfiguró a través de la medicina la idea de que el parto debía ser un hecho médico y científico. Es así como los ginecobstetras toman el nacimiento en sus manos y las mujeres embarazadas se convierten en pacientes. Me atrevo a decir que de aquí surge la expresión: “ya se alivió”, misma que hace referencia al hecho de que la mujer ya dio a luz. El ciclo de embarazo y parto fue medicalizado paulatinamente.

Específicamente en cuanto a hospitales infantiles se refiere el primer centro de atención especializado en niños fue el Hospital de La Caridad para Niños, en Puebla, a finales del siglo XIX. Este hospital se mantenía al principio de donativos mensuales para posteriormente sostenerse de una pensión mensual de \$30.00 por parte de la Tesorería Municipal, desde 1877.¹¹ Fundado el 7 de mayo de este año, por iniciativa de los doctores Samuel Morales Pereyra y Miguel Vargas, el hospital contaba con 30 camas y a los 19 años de su funcionamiento tuvo 1210 niños ingresados, 107 niños fallecidos por año y 1094 niños curados por año, según datos proporcionados por Margarito Crispín (1993: 100). También se indica según informes de su director, que no se dio un solo caso de fallecimiento por imprudencia, abandono o por falta de higiene. A lo largo de los 19 años del hospital se gastaron más de 46 000 pesos en la atención de niños de ambos sexos.

Efraín Castro Morales (1997: 461) señala también que los productos de algunas multas del ramo penal fueron dirigidas a dicho recinto. Castro (1997:461-462) hace una descripción del hospital, basado en fuentes hemerográficas:

(...) es un edificio cómodo que contiene seis enfermerías, de ellas dos son para enfermitos aislados, y tiene además dos pequeños departamentos para enfermedades especiales, sala de operaciones y otras de curaciones, ambas construidas conforme a los adelantos modernos, ventiladas, aseadas, etc. Una de estas salas se decoró y terminó su construcción los recursos necesarios; hay además un magnífico comedor, una amplia cocina, guardarropa, baños, lavaderos, tres patios, siendo uno de ellos un precioso jardín para cuya formación dieron varios tiestos con plantas de adorno y frutales varias familias y señoritas de Puebla. Tiene

¹¹ El análisis de los presupuestos y gastos de los hospitales a lo largo de los años es una vertiente de investigación interesante. En este caso, no encontré ejercicios similares que permitan conocer significativamente la importancia económica de estos gastos a nivel de gobierno.

edemas el hospital un oratorio muy aseado aunque sencillo, una sala para consultas, otra para visitas, un departamento para la administración, un depósito de juguetes para niños, anfiteatro y cuanto se creyó necesario para la institución; entre lo que merece mencionarse la botica (...)

Siguiendo con el autor, podemos ver la diversidad de actividades y servicios en el hospital (Castro: 462):

Por entonces, se escribió que en los 10 años que habían transcurrido desde su fundación se habían expedido en la sala de consultas 36 000 recetas, con un promedio de 10 consultas diarias, y en su sala de cirugía se habían practicado 1 200 operaciones de pequeña cirugía y 376 de gran cirugía. Cifras al parecer exageradas, pues otro autor calcula que de 1877 a 1896, habían ingresado según los libros del hospital 2 238 niños enfermos, en los que se gastaron más de 46 000 pesos. También se decía en 1876, que “no se ha dado un solo caso de muerte de algún niño por imprudencia o abandono ni por impericia, así como tampoco por podredumbre de hospital, ni ninguna afección séptica”.

A pesar de los grandes servicios prestados a la niñez poblana, el Hospital de La Caridad sufrió una grave crisis, al igual que casi todas las instituciones de beneficencia, pues el movimiento armado de la Revolución de 1910 determinó que se incorporase al nuevo Hospital General del Estado Jesús Carranza, inaugurado el 5 de junio de 1917.

Posteriormente, la Casa de Salud para Niños, fue fundada por el Dr. Miguel Otero Arce en San Luis Potosí,¹² el 21 de abril de 1893. El Dr. Otero únicamente pudo mantener la Casa con recursos propios siete años, convirtiéndolo en 1900 en una institución mixta. Ya en la época prerrevolucionaria, en 1911 el Hospital de San Pablo se transformó en el Hospital Juárez, donde se crearon salas para niños traumatizados o heridos. Este Hospital es de tal importancia que es considerado el primer hospital de niños en la provincia, y uno de los primeros en Hispanoamérica.

La implementación de nuevas tecnologías fue una de sus principales características Felipe Franco (1997: 456-457) hace énfasis en este punto: “En la nueva institución se

¹² Cabe señalar que el hospital atendía únicamente a niños, pero no se podemos establecerlo como pediátrico, ya que no contaba con este tipo de especialistas.

instala un nuevo laboratorio “pausteriano” para continuar sus investigaciones sobre la rabia y también sobre el tifo. Tanto el hospital como su laboratorio fueron realizados con su propio peculio y con la cooperación de particulares”. El Dr. Miguel Otero, destinó todo su capital al hospital, por lo que su situación económica se complicó y en 1900 tuvo que convertir el hospital infantil a uno también de ancianos. Con estas transformaciones el Hospital de Niños se mantuvo sólo siete años, de 1893 a 1900, vendiendo el edificio al obispo Montes de Oca.

José Felipe Franco, describe el proyecto del Dr. Otero de la siguiente forma (1997: 456- 457):

Fundar un hospital para niños conforme a las últimas ordenanzas de la ciencia (en el año de 1890). Deberá tener dispensario de medicina y alimentos apropiados, así como un centro de socorros a domicilio.

El edificio se establecerá en un terreno amplio en el que serán construidos pabellones amplios, perfectamente separados, con sus servicios indispensables. En la parte correspondiente a la fachada se instalarán consultorios médicos y quirúrgicos. Tendrá otra entrada lateral para manejar las enfermedades infectocontagiosas. El resto del edificio estaría cercado por una reja de hierro; en el jardín habrá dos construcciones de forma oval de 15 metros de largo por 10 de ancho y seis de altura comunicadas por una banqueta. Éstas serán las salas dedicadas a la hospitalización que darán cabida a 10 enfermitos cada una.

En el centro de estas construcciones estará el puesto de la enfermera y puertas laterales darán para los w.c. El edificio tendrá también locales para farmacia, laboratorios, salas de recepción, salas de operaciones, habitaciones para el personal, despensa y ropería, refectorios para el personal, cocina, gallinero, baños, lavaderos especiales para contagiosos, anfiteatro para necropsias, lavandería, corral para varias vacas, además de un huerto para legumbres.

Todo de acuerdo con el croquis adjunto a un folleto publicado en 1900 con las siguientes instrucciones:

Proyecto que tienen por objeto remediar una urgente necesidad moral y patriótica. Para cuya realización se convoca a la Sociedad Mexicana en nombre del cuerpo médico.

Federico Gómez otorga el crédito histórico a este recinto de haber sido el primer hospital para niños del país, aunque no con atención pediátrica profesionalizada. Resultado del trabajo personal de Dr. Miguel Otero, como ya se ha señalado, este fue el

primer mexicano que ocupara una cátedra de paidología¹³ y el primero también en practicar cirugía en niños. También en el marco de este hospital, en 1896 se publicó el primer ejemplar de los *Anales del Hospital Infantil de San Luis Potosí*, la primera revista pediátrica del país. “El hospital funcionó como tal hasta el años de 1900, fecha en que Otero se trasladó a la Ciudad de México para dedicarse a la investigación acerca de la rabia y el tifo, enfermedad que contrajo en el laboratorio y a la que sucumbió a la edad de 70 años” (Gómez: 1997: 89).

Dejando de lado por el momento los hospitales, abordaré desde otra línea las políticas y programas del porfiriato, esta es línea es la prevención y el higienismo. El higienismo o corriente higienista nace durante la primera mitad del siglo XIX, cuando los gobiernos influenciados por las nuevas tendencias de pensamiento, tanto científico como filosófico, se interesaron en alcanzar el desarrollo integral del individuo.

Higiene y prevención.

Priorizar la higiene, la psique, la educación y la salud tenía igual importancia que la misma comprensión y salvación del espíritu. Así, se inicia el interés por la salud de la ciudad y de sus habitantes, considerando la enfermedad como un fenómeno social que integraba todos los aspectos de la vida humana, tanto privados como públicos.

Victoria Delfino describe lo anterior de la siguiente manera: “(...) la higiene puede conservar la salud, condición indispensable de actividad, vigorizar el organismo, factor de actividad mayor, aumentar la vida media, y disminuir el número de muertes, claro es que, como arte social, más que ninguno otro influye en la felicidad de las naciones y progreso de los pueblos; claro es que la higiene privada y la salubridad pública son fuente segura de ventura individual y base inconvencible de bienestar colectivo” (1904: 15).

Estos últimos incluirían mantener las condiciones de salubridad en el ambiente general de la ciudad a través del agua potable, alcantarillado, drenaje, iluminación en las calles y sobre todo el control de las epidemias. Los médicos en esta época, comenzaron

¹³ Parte de la psicología o la pedagogía que estudia la infancia.

a denunciar que el hacinamiento y la pobreza provocaban que las epidemias fueran más graves por la desnutrición. Parto de la idea de que durante este periodo ocurrió la transformación social y cultural más profunda relacionada con la concepción del niño y la infancia, alejada de la visión religiosa.

El nivel de mortalidad en México desde mediados del siglo XIX era muy alto, Margarita Crispín Castellanos (1993: 106) presenta una de los reportes del visitador de la entonces Beneficencia Pública en relación a la fiebre puerperal presente en las pacientes del Hospital de maternidad e infancia de la ciudad de México en 1881:

(...) también se puede asegurar que no hay enferma en estos momentos que no muestre síntomas de la enfermedad... por lo que informa que se han puesto en práctica todos los medios higiénicos de que se ha podido disponer”.

(...) la estadística hablaba por sí solo. En los 29 meses y 15 días anteriores a 1881 se presentaron 800 partos, de los cuales 724 fueron naturales y 76 por operaciones, de las cuales 16 mujeres murieron en la intervención; de las 724 no operadas murieron 28. Así pues, la mortalidad en operaciones fue del 21% y de las mujeres no operadas el porcentaje fue de 4%.

El deceso de las mujeres en el trabajo de parto, era alto según las cifras presentadas, por esto no resulta extraño que una de las vertientes de intervención del Estado fue la salud materna y los cuidados prenatales, los cuales abordaré más adelante. En cuanto a la higiene infantil, los primeros esfuerzos emanan del Consejo Superior de Salubridad, que llevaba a cabo frecuentes campañas de vacunación y realizaba supervisiones en los establecimientos públicos como hospitales, escuelas y asilos, con el fin de asegurar las correctas condiciones higiénicas y acabar, según sea el caso con la insalubridad existente. Muy relacionado con el aspecto de la educación y a la luz de los principios higienistas de finales del siglo XIX, el cuerpo de los niños requería de atenta observación, control y cuidado especiales.

Por lo anterior, el Estado se interesó mucho en mostrar a los infantes los beneficios que traía consigo mantener un cuerpo limpio, disciplinado con ejercicios y un horario estricto de alimentos. Al respecto María de Lourdes Herrera señala que (2005: 227): “la gimnasia se convirtió en una cátedra obligatoria en los programas de instrucción

elemental". El ejercicio se convirtió en el medio para eliminar los gestos y conductas indeseables, deseando ante toda la uniformidad y normalización de la educación pública. Se esperaba que la vida del niño presente y futura debía ser de permanente actividad; la práctica el ejercicio físico "le enseñaría a conocer el uso de la fuerza, las relaciones del cuerpo con los cuerpos circundantes, la utilización de los instrumentos naturales que convienen a la correcta ejercitación de éste y su sujeción a la disciplina de la modernidad" (Herrera, 2005: 227).

Como mencioné anteriormente, Europa y en específico Francia, fungía como ejemplo en cuanto a los avances en la atención a la infancia, incluyendo la higiene. Sus acciones y recomendaciones eran replicadas en México, adecuándolas al contexto nacional. Su promisión se hacía por medio de Instituciones y medios de comunicación como la prensa escrita. Como ejemplo presentaré un fragmento de la Revista de Mérida del año de 1876¹⁴, en el cual se incluyen los consejos emitidos a las madres por parte de la "Comisión d'hygiene de l'enfance" de la Academia de Medicina de París, en vista de la alta mortalidad de criaturas de menos de tres años:

- 1°. Durante el primer año, la sola alimentación de la criatura debe ser la leche, la de la madre sobre todo, y en su defecto la de una nodriza.
- 2°. Faltando la madre y la nodriza, servirse de leche de vaca ó de cabra, templada, á los recién nacidos con la mitad de agua.
- 3°. Dar de beber esta leche en vaso a propósito de cristal ó tierra, limpiándolo cada vez que sirven.
- 4°. Abstenerse completamente de las composiciones que recomienda el comercio para sustituir á la leche.
- 5°. El alimento por solo el biberón, aumenta las probabilidades de enfermedad y muerte de las criaturas.
- 6°. Es de gran peligro dar á la criatura en los primeros meses una alimentación sólida, de sopas, cocidos, etc.
- 7°. Al cabo de un año, puede darse á las criaturas sopas de pan blanco con leche, arroz muy cocido y féculas, para habituarlas á comer.

¹⁴ Revista de Mérida, número 69, 14 de septiembre de 1876, pp: 2-3. Impresa Comercio, "Higiene de la Infancia", Fondo Reservado, Biblioteca Yucatanense.

8°. Cada mañana debe mudarse completamente la ropa de vestir la criatura, antes de darle el pecho ó la sopa. Al mudar, debe lavarse todo el cuerpo de la criatura y en particular los órganos genitales, que siempre deben estar limpios, y la cabeza, en la cual ni debe dejarse acumular el humor ni costras.

9°. Es preciso quitar la rutinaria costumbre de encerrar las criatura dentro de los pañales, de modo que esté sin movimiento libre, pues cuanto más en libertad están las piernas, más robusta se cría y bien formada.

10. La criatura debe vestirse con la ropa más o menos templada, según los países y estaciones, pero siempre debe preservarla del frío y de temperaturas excesivas, sea fuera o dentro de las habitaciones, en las cuales debe renovarse el aire continuamente.

11. No es prudente que la criatura salga de la habitación hasta después del décimo día de nacida.

12. Nunca debe acostarse la criatura con la madre ó nodriza.

13. No hay que apresurarse nunca para que las criaturas anden, lo que si debe hacerse es dejarlas echadas en tierra sobre mantas para que se arrastren y se levanten solas, de aquí que deben desecharse todos los aparatos para hacerlas andar.

14. Nunca deben dejarse descuidar en las criaturas las más leves indisposiciones como son con frecuencia los vómitos, cólicos y diarreas. No son normales.

La importancia de la lactancia materna, la higiene en los niños, la necesidad de la movilidad del menor, priorizar el cuidado ante los cambios de clima, mantener la naturalidad de su desarrollo, generar independencia en el menor y la atención a su salud, son los principales requerimientos que la Academia emitía a las madres. Estas recomendaciones fueron respaldadas principalmente por científicos de la nascente área pediátrica. Así, aspectos como el aseo diario del cuerpo, vestimenta adecuada según la edad y la higiene en la preparación de alimentos fueron difundidos por los médicos familiares. A continuación presento un breve fragmento de la tesis para optar por el grado de doctor de Álvaro H. Bolio (1909: 26) de la Universidad Autónoma de Yucatán referente a la vestimenta adecuada durante la primera infancia:

Cuatro son los principios fundamentales que deben llenar los vestidos de los niños.

1° No entorpecer la circulación.

2° Sostener su cuerpo muy flojamente.

3° Cubrir bien al niño, que por su pequeño volumen se enfría con mucha rapidez.

4º Evitar toda causa de accidentes.

Para cubrir su cuerpo frágil, de piel tan delicada es necesario usar tejidos los más finos y suaves, habiendo quienes aconsejen hacer las camisas de tela, ya usada que siempre es mucho más suave que cualquier otra, poniendo las costuras para afuera, de suerte que no toquen al cuerpo.

Problema muy importante es el grado de abrigo para el niño, que necesita un calor adecuado al ambiente en que ha permanecido, muy próximo á 38º; de suerte que ha adquirido una costumbre que no podrá dejar sino muy poco a poco, teniendo en cuenta el clima, la estación y los cambios atmosféricos, pues es muy fácil exponerlo a un enfriamiento perjudicial, y por otra parte, á sofocarlo demasiado con los cobertores. Por eso es necesaria mucha cautela sobre este punto. Además, se ha de tener en cuenta que abrigar demasiado á los niños, les coarta y limita la potencia y desarrollo de las fuentes calorígenas (sic) y le mantiene en una extremada susceptibilidad al frío, pudiendo también provocar el sudor, que es una fuente muy peligrosa para las enfermedades por enfriamiento. Por consiguiente, no puede darse una regla fija sobre el particular, quedando al criterio de cada uno la elección del grado de abrigo.

Además de la vía médica, el conocimiento sobre la higiene en el menor fue difundida a través de la escuela, la cual como institución con gran reconocimiento social fungió como espacio educativo respecto a estas prácticas. Pero, en el polo opuesto, las escuelas también eran consideradas como ambientes propicios para el contagio, proponiéndose cuatro factores básicos que aseguraban las condiciones saludables del edificio: "Aereación, calorificación, alumbrado y sistema de evacuación" (Castillo, s/d: 17). Como puede observarse la higiene comenzó a modificar estructuralmente instituciones.

Otros mecanismos, aparte de la escuela que fueron establecidos por el régimen para difundir la importancia de la higiene se pueden señalar: la celebración de Congresos de Instrucción, en donde se planeaban estrategias para el mejoramiento de la educación y la higiene en general y la creación de departamentos de Higiene Escolar, responsables de aplicar miles de exámenes individuales a los estudiantes. En dichos exámenes se registraban sus datos físicos y psíquicos.

La implementación de reglamentos para la fundación de albergues de niños, los cuales incluían desde su funcionamiento hasta su estructura física básica necesaria y también la gimnasia se convirtió en una cátedra obligatoria en los programas de

instrucción elemental. La Higiene escolar tenía como objetivo instruir a los niños en los principios de la higiene privada y promover la higiene pública. Construir edificios modernos que cumplieran con los principios modernos de sanidad al mismo tiempo, los conceptos de la higiene buscaba también favorecer el desarrollo mental y espiritual de los escolares. Además, Herrera (2005: 176) agrega: “vigorizar a la niñez por medio de la educación física y garantizar el orden social; todo lo anterior, con la finalidad de asegurar lo que en la época se definía como “el porvenir de la raza”.

Uno de los medios de difusión por excelencia para los consejos de higiene fueron las llamadas cartillas, las cuales incluían información sobre determinados temas, como enfermedades contagiosas, cuidados del agua para beber, etcétera. Por ejemplo se elaboraron cartillas con la descripción de los principales síntomas de la escarlatina, sarampión, viruela, varicela, tos ferina, erisipela, orejones, difteria, tifo, tuberculosis, lepra, sífilis, sarna, tiñas y pediculosis (Herrera, 2005: 181).

Derivada de estas inspecciones escolares, el 2 de enero de 1911 se inauguró la Escuela del Dr. Balmis, para niños enfermos de la piel. Herrera describe su estructura física: “(...) tenía varios salones de clase, patios, comedor, cocina, excusados, baños con tinas para el tratamiento de los niños con sarna; asimismo, un departamento médico compuesto por un laboratorio y una sala de aplicación de rayos X para el tratamiento de la tiña tonsurante” (2005: 192).

La suspensión de clases también fue una estrategia de prevención para mantener a raya los brotes de epidemias, como Herrera (2005: 198) lo ejemplifica:

Durante varios meses del año de 1893, los estudiantes de Zacatecas dejaron de ir a las escuelas, pues tanto las primarias, como las secundarias y las profesionales se cerraron a causa de una alarmante epidemia de tifo. En vista del avance que en 1903 tenía la tos ferina en Jalisco, el Consejo Superior de Salubridad del estado determinó que se prohibiera la asistencia a los colegios oficiales de los niños afectados de tos o catarro nasal intenso. Igualmente, a causa de una epidemia de tos ferina, la escuela del pueblo de Santa Ana, en Hidalgo, se cerró en 1904. El doctor Colomé de la Junta de Sanidad de Yucatán, enviado a Teya en 1909 a causa de otra epidemia de tos ferina, propuso al gobierno el cierre de escuelas, e incluso prohibir todas las reuniones a las que pudieran asistir niños.

Estas inspecciones escolares no tuvieron el mismo impacto en todos los estados ya que los problemas sanitarios y las enfermedades eran distintas en cada zona del país, además de que los gobiernos estatales se manejaban hasta cierto punto con independencia. Además de la higiene, la alimentación adecuada en los niños fue una las vertientes que también cobraron importancia en este periodo. La importancia de la lactancia materna y el consumo de leche durante la primera y segunda infancia fue difundida y se implementaron campañas como la que presentaré a continuación: La gota de leche.

Dicho programa proveía de leche de vaca a familias de escasos recursos, siempre y cuando cumplieran con ciertos requerimientos, por ejemplo que la madre tuviera un trabajo fuera de su domicilio. Situaciones como la falta de dinero para comprar la leche, que la madre no pudiera proveer debidamente de leche materna al menos, ya fuera por su deficiente alimentación o por condiciones biológicas determinadas. El establecimiento donde se distribuía la leche se llamaba Asilo Protector de la Primera Infancia y también fungía como estancia diaria para los menores, se situaba en la primera calle del Salto del Agua, en la Ciudad de México. Silva (1906: 11-14) presenta los requerimientos para ingresar al programa, así como su organización física:

Hay un despacho adonde las madres se presentan á (sic) hacer solicitud. Un departamento para baño y cambio de ropa de los niños; 4 salones con camas pequeñas; Un departamento de esterilización de leche. Hay una Directora encargada de preparar personalmente la leche, vigilar a botica y las labores de las niñeras. Una cuidadora encargada de los niños más delicados. Una segunda que hace las inscripciones; cinco cuidadoras, entre las que hay algunas nodrizas, además de otras empleadas secundarias.

Para ingresar al Establecimiento basta llenar las condiciones siguientes:

- I. Los niños que se reciben tendrán de 2 á 18 meses.
- II. Estarán en perfecto estado de salud.
- III. Sus madres probarán que se dedican al trabajo para proporcionarse los medios de subsistencia, y por esta causa no pueden cuidar y alimentar á sus hijos.
- IV. Los niños serán recibidos por la mañana, de seis y media á siete y media, en verano, y de siete á ocho en invierno, y serán recogidos por sus madres, de seis á siete de la noche.
- V. Si pasada esta hora no han sido recogidos algunos de los niños, serán enviados por la Directora del Establecimiento á la casa de Niños Expósitos á

disposición de sus respectivas madres, y por sólo este hecho, dichos niños perderán el derecho de volver á ser recibidos.

VI. Si alguno de los niños fuere atacado de alguna enfermedad contagiosa, no podrá recibirse en el asilo, hasta que su madre presente un certificado médico en que conste que el estado de dicho niño no ofrece peligro de contagio para los demás.

VII. Si los niños llenaren las condiciones anteriormente dichas, y las madres estuvieren conformes con ellas, se inscribirán á los niños en el libro correspondiente, se les colgará al cuello una plaquita con el mismo número que será la contraseña con que lo recoja en la tarde.

VIII. Las madres están obligadas á decir con exactitud sus domicilios, la dirección de la casa ó taller donde trabajen, y presentar alguna recomendación que acredite su honradez y necesidad de trabajar.

IX. Los niños usarán durante el día la ropa del asilo y se llevarán por la noche la que tengan puesta, quedando sus respectivas madres obligadas á devolverlas al día siguiente, y si así no lo hicieren, por solo este hecho, no se recibirán ya á sus niños.

X. La Directora leerá en voz alta á las madres que se presenten por primera vez, estas condiciones y les entregará un ejemplar impreso.

XI. Las madres entregaran tres centavos diarios por cada niño que lleven al asilo.

La ignorancia de las madres es uno de los factores que causa gran número de trastornos en los niños, quienes á una edad muy corta reciben alimentos tales, como la tortilla, frijol, carne ó (*sic*) substancias como el pulque, el chile, que traen tan funestas consecuencias en esos tiernos organismos.

Como ocurre hasta el día de hoy, los programas de asistencia durante el porfiriato requerían de parte de los beneficiados ciertas responsabilidades y disposición para cumplir con los reglamentos establecidos. En este caso: trabajar fuera del hogar, seguimiento médico del menor y mantenerlo según las normas higiénicas dictadas. Espacios como este fungieron como acciones dignas de presumir por parte del Estado.

La difusión de estos hechos, se hacían bajo distintos mecanismos, Castillo (2006: 113) menciona como ejemplo de la dicho, una exposición realizada por el Consejo Superior de Salubridad, sobre la Higiene en la Ciudad de México en el año de 1910, con motivo del Centenario de dicha ciudad. En la exposición, pudo observarse:

Se exhibieron cuadros estadísticos de algunas de las más graves enfermedades (tifo, tuberculosis y escarlatina), maquetas de los modernos edificios para la distribución del agua, del Hospital General, del laboratorio del Consejo Superior de Salubridad, de algunas obras de drenaje, y de la

penitenciaria, todos ellos de la Capital, y también reproducciones de las estaciones sanitarias de Veracruz, Salina cruz y Mazatlán, de la estufa de desinfección de Nuevo Laredo, del Hospital O'Horán de Mérida, etcétera.

Luz Elena Galván Terrazas (1998: 305) a través de la revista *El Álbum de los Niños*, en su sección dedicada al “Manual de urbanidad y buenas maneras”, representa el discurso construido por el Estado relacionado con la importancia de la limpieza del cuerpos como estrategia para evitar enfermedades. El arreglo personal, del hogar, el baño diario, y el lavado de manos antes y después de consumir alimentos eran prácticas deseables en un niño ordenado y educado, tanto en los privado como en el público con el “aseo para con los demás”.

La premisa que sustentaba la importancia de la higiene era que las malas condiciones de higiene en lo personal, en los hogares y en los espacios públicos eran la causa de enfermedades y específicamente los altos índices de mortalidad infantil. Además de la difusión de prácticas higiénicas y el mejoramiento de los ciudades más importantes, se adoptaron, como antecedente inmediato a la pediatría, los principios que abordaba la puericultura: la higiene, la protección médico-sanitaria y la atención protectora y educativa (Salazar y Martínez, 2007).

Del latín Puer que significa “niño” y cultura que significa “cultivo o cuidado”, la puericultura es llamada la esencia de la pediatría. Promoviendo la higiene, normas y procedimientos encaminados a proteger la salud y el óptimo crecimientos de los niños ubica su origen en la segunda mitad del siglo XIX junto a la Revolución Industrial, como respuesta a la necesidad que tenían las madres trabajadoras de dejar a sus hijos con una cuidadora. Izela Green (2012) señala que el término fue acuñado por el profesor Alfred Pierre Carón en 1865, lo que posteriormente hizo posible la creación de la “Sociedad Protectora de la Infancia” en París.

En México, en 1903, Lara y Pardo realizó un estudio diagnóstico titulado “La puericultura en México”, donde señalan las deficiencias en la higiene que coadyuvaban a que más del 50% de los niños fallecieran o nacieran muertos. Agostoni (2007: 93) presenta las conclusiones de este importante estudio:

(...) aducía que para prevenir la mortalidad infantil era necesario mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la mujer, fomentar su educación física, velar por la sana alimentación popular, combatir el alcoholismo, dar cumplimiento a las disposiciones sanitarias, hacer obligatoria la enseñanza de la higiene en las escuelas e incitar a la iniciativa privada para que auxiliara a la mujer y a la niñez. Más aún, este médico consideraba como sumamente deseable que el gobierno estableciera un dispensario de atención y de asistencia médica para la mujer embarazada y para la infancia.

Como se describió, en la escuela y en el hogar se impusieron técnicas destinadas para forjar niños sanos, los cuales en el futuro serían aptos para el trabajo asalariado y ciudadanos saludables. Ante los requerimientos de mano de obra sana, por parte de los industriales y comerciantes nacionales y extranjeros, el gobierno de Porfirio Díaz tenía que asegurar el suministro de personas capaces de cumplir con las demandantes jornadas laborales. La higiene escolar, utilizando los recursos de la puericultura y la medicina, se ligó a la salud pública fungiendo como respuesta a la visión de progreso del Estado. Fue la higiene la encargada de vigilar el aseo personal y actividad física, el vestido, la alimentación y el día a día de los niños, intentando preservar su salud tanto física como intelectual, con la intención de que un futuro cercano el orden civil y la moralidad pública imperara en todo el país.

A la distancia puedo decir que los esfuerzos del régimen porfirista para enmendar el atraso y las malas condiciones existentes en cuanto a la infancia, no alteraron inmediatamente las condiciones higiénicas y de salud de los niños, pero sí propiciaron la construcción de sólidos mecanismos y lineamientos ideológicos que posteriormente fueron recuperados, configurados a un nuevo contexto y ampliados por el gobierno emanado de la Revolución mexicana. De hecho, hasta el día de hoy pueden vislumbrarse aspectos en común con los sueños de Don Porfirio en cuanto a la niñez mexicana se refiere, pero de eso hablaré más adelante.

En el siguiente capítulo abordaré las transformaciones en materia de salud pública y la atención a la infancia en los años posteriores a la Revolución Mexicana, años en los

que como he mencionado se retomaron las bases establecidas durante el porfiriato, pero con nuevas herramientas como la ciencia y la tecnología a su disposición.

2. Bases científicas e institucionales para la construcción de la salud infantil

En un panorama poco alentador, el rotundo fracaso de Díaz al intentar eliminar las diferencias económicas en el país y las reacciones de los ricos y los pobres frente a este se tradujo en acciones violentas como consecuencias de la revolución industrial, el libre comercio, las luchas internas y de defensa frente a la amenaza extranjera, desde 1790 a 1920, Elsa Malvido señala que la recuperación de la población fue lenta pero continua, “con unos decenios ligeramente más bondadosos que otros y, por supuesto, con una distribución regional y estatal muy desigual, casi marcada por paralelogramos, siguiendo la conformación del territorio” (2006:168).

Al describir las condiciones de México al inicio del siglo XX es imposible no abordar uno de sus episodios más importantes: la Revolución. Este movimiento tuvo un impacto significativo en la salud pública y la población mexicana. Es sabido que una de sus causas fue, tal como lo mencionan Javier Garcíadiego y Sandra Kuntz (2010: 537), el desgaste del mandato de Porfirio Díaz, su incapacidad para mantener una política pacífica durante las elecciones de 1910, y la falta de compromiso con las clases media y los sectores populares del país. Estas fueron condiciones que coadyuvaron a la emergencia de los movimientos opositores.

Durante la transición política y en el inicio de una reconfiguración social y económica del país no todo lo instaurado previamente fue desechado. En lo que aquí compete, los avances en medicina, política pública y la difusión de la higiene fueron suspendidas durante los años más intensos de la lucha armada (pude observarlo a partir de la ausencia o disminución de la atención médica a la infancia), pero al instaurarse el nuevo gobierno fueron retomadas, algunas con nuevos matices, pero que en su contenido mantuvieron su esencia. Es importante tener en consideración este último punto, porque suele pensarse que el gobierno revolucionario partió de cero en lo que a salud pública e infantil se refiere, siendo esto un error. Las raíces de las políticas en salud emanadas del nuevo gobierno, se iniciaron años antes, durante el porfiriato.

En congruencia con estos planteamientos, el objetivo de este capítulo es presentar las teorías científicas y los discursos del Estado que conformaron las bases para la visión oficial de la salud infantil. Argumentos que aunque en su mayoría fueron retomados del periodo de Porfirio Díaz, permitieron que después de la Revolución, la reconfiguración de la niñez y sus cuidados se transformaran. Entre estos discursos el de la eugenesia y el higienismo fueron los más importantes y reiterativos, trayendo consigo principios de desarrollo social que fundarían las bases para establecer acciones concretas en cuanto a la salud de los niños se refiere.

Nuevos discursos científicos e institucionales entorno a la infancia.

En la Edad Media, los niños eran considerados “adultos pequeños”, pero a mediados del siglo XIX surgió en Francia la idea de ofrecer protección especial a los niños; permitiendo el desarrollo progresivo de los derechos de los menores.¹⁵ En 1919, con la creación de la Liga de las Naciones, que luego se convertiría en la Organización de Naciones Unidas. A nivel internacional comenzó a prestarle más importancia al tema de la infancia, motivo por el cual se estableció un Comité para la Protección de los Niños.

Tiempo después, con el apoyo del Estado moderno, creando políticas públicas y consolidando instituciones que atendieran a la infancia, en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, la visión de la niñez se fue transformando. Es sobre esta transformación de la que hablaré en este apartado. Castillo (2006: 22-23) habla de las condiciones que coadyuvaron a este cambio de visión:

(...) la pediatría, que adquirió plena legalidad a través de su incorporación en los distintos planes de estudio y programas de la carrera de medicina en muchas universidades europeas, norteamericanas e hispanoamericanas, contribuyendo a que problemas conocidos y persistentes como la mortalidad infantil, aparecieran por primera vez como asunto de seguridad nacional dentro del horizonte del Estado, y la pedagogía, que incorporó la perspectiva evolucionista de los trabajos darwinianos y

¹⁵ Más información al respecto en Historia de los Derechos del Niño. Perspectiva histórica de la evolución de los Derechos del niño. Foro de acceso libre: www.humanium.org/es/historia/

concebido a la escuela como el laboratorio por excelencia para realizar importantes investigaciones de higiene escolar (...)

La teoría evolucionista, la idea del Estado moderno, la pediatría, la pedagogía y el desarrollo de tecnologías en higiene y salud pública. Es en el Estado moderno y la pediatría donde este trabajo se centrará. Con respecto al primero leyes y marcos legales referentes a la niñez mexicana se fueron construyeron durante el siglo pasado. Así, dándole vital importancia a un sustento legal e institucional que avale la protección a la infancia, fue configurándose la estructura protectora del estado. Para presentar más detalle del cambio en la visión de los adultos hacia los niños, presento dos momentos históricos en los que la visión de la infancia tenía características muy particulares. Pasemos al primero.

1.- Etapa de breve infancia y naciente particularización.

Esta es de cierta manera invisible, ya que en el pasado en la sociedad occidental la representación del niño era inexacta, se reducía al periodo de dependencia física hacia la madre, misma que al ser superada, por ejemplo con la adquisición del lenguaje e independencia de acciones, se mezclaba de forma rápida con el mundo adulto. “El bebé se convertía en seguida en un hombre joven sin pasar por las etapas de la juventud, las cuales probablemente no existían antes de la edad media y que se han vuelto esenciales hoy en día en las sociedades desarrolladas” (Alzate Piedrahita, 2003: 72).

Ya en la Edad Media, los niños eran considerados como adultos pequeños. Categorizar y otorgarle identidad propia a los niños no parece que fuera necesario en un mundo donde su estancia en el núcleo familiar representaba un corto tiempo. Estos vivían mezclados con los adultos, entrando de golpe, a la comunidad de los mayores con quienes compartían los juegos y el trabajo cotidiano. En el siglo XVI surgió en Francia la idea de ofrecer protección especial a los niños, a la par de la obra Emilio de Rousseau, la cual permitió concebir una diferenciación entre el niño y el adulto. Ambos factores, la idea

de protegerlos y la importancia de su educación, contribuyeron al desarrollo progresivo de una imagen distinta del niño en los siguientes siglos.

Como antecedente en el siglo XVII y XVIII el infanticidio comenzó a ser juzgado como un acto con gran carga moral negativa, y la muerte de los niños como un gran dolor familiar. Se establecieron relaciones causales entre la posibilidad de supervivencia del niño y los cuidados familiares y maternos que recibía. De forma simultánea en estos siglos tuvo lugar una reforma educativa (Castillo Troncoso, 2006: 20) que permitió a la infancia prolongar su desarrollo como parte de un proceso de aprendizaje prolongado, como veremos a continuación, pero también aportes científicos importantes dieron lugar y empuje a la transformación del niño (Posada y Ramírez, 2005: 21):

Sigmund Freud, con su aporte, el psicoanálisis, ayudó al conocimiento del desarrollo psicosexual del niño como sujeto deseante; la pediatra italiana María Montessori aportó ideas a partir de su trabajo con niños subnormales; Arnold Gessell analizó a fondo el desarrollo psicomotor cognoscitivo del niño, y Erik Erikson contribuyó con sus teorías a una visión más dinámica y social del ser humano durante todo su proceso vital.

2.- Etapa reflexiva en torno al niño.

Durante el siglo XVII el descubrimiento de los procesos de socialización en Europa, fue esencial. La premisa de que las experiencias vividas en la niñez impactaban de forma importante en el desempeño de los adultos se convirtió en tema de estudio y de profundas reflexiones. Dichas reflexiones fueron de la mano con temas relacionados con la posición social de la mujer, esta última en relación con el mejoramiento de los cuidados maternos, aunque también es importante señalar que a medida que las mujeres adquirieron la condición de individuos con pleno derecho, la relación materno-infantil se hizo más evidente.

Nuevos valores le fueron asignados a los niños, valores subjetivos que imponían en los menores la responsabilidad de continuar y mejorar la sociedad en la que vivían, es decir, a través de ellos y su “correcta” crianza se aseguraba el bienestar nacional. Fue necesario desarrollar una figura cívica hacia los menores y difundir una conciencia social que cuidara de ellos y asegurara su crecimiento.

Durante el siglo XIX, el niño como ser capaz de ver y vivir el mundo de una manera distinta a la de los adultos se hizo visible, dejó de ser un adulto pequeño y ciertas instituciones abrieron espacios específicos para su atención. Por ejemplo: aparecieron los tribunales de menores, la incipiente psicología evolutiva, el desarrollo de la psicología cognitiva y una mirada clínica especializada, la construcción de una serie de conceptos y representaciones en torno al cuerpo y la mente infantiles. La premisa se transformó: los niños serían el medio por el cual los valores familiares y nacionales serían transmitidos y perpetuados.

Con dicha premisa inició el siglo XX, en el cual primero en Europa y más tarde en América Latina tuvo lugar la consolidación de la ciudadanía infantil con políticas públicas que generaron un cambio en el paradigma: los niños como sujetos de derechos. Internacionalmente, una sucesión de eventos confirmaron este cambio cuando aparecieron o se formaron la Unión Internacional de Socorros de los Niños, 1920; la Declaración de Ginebra, 1924, la Creación de la UNICEF, 1946 y la Declaración de los Derechos del Niño, en la Asamblea General de la Unión de Naciones, 1959.

Con esta “resistencia” al cambio de representación, la familia y la escuela cumplieron un papel central en la consolidación y reproducción de la categoría de niño. Es sabido que no todos los niños tienen familia y menos todavía acuden a la escuela. Por ende la categoría de infancia establece diferencias entre los que cuentan con apoyo familiar y educación y los que no. En otras palabras, las diferencias en la representación del niño son enormes, y de la misma surgen grandes desigualdades entre los niños que disfrutaban de las políticas sociales básicas como la educación y la salud, y los que quedan excluidos. Los primeros disfrutarán de una infancia y los excluidos se transformaran en “menores” simplemente.

Entonces, si los niños son considerados como el futuro del país, esta gran división marcaría un futuro desigual para cualquier nación. Recordemos pues que el progreso de cada país, incluido México, pasó a depender de los individuos y no del Estado, es decir: “Para crear una nación más fuerte, mejor integrada y más desarrollada se necesitaban ciudadanos buenos, leales y trabajadores” (Ramírez, 1993: s/p). En otras palabras, la

idea de que la unión familiar y comunitaria llevaría al desarrollo de la sociedad fue sustituido por una moderna construcción de la dignidad y el valor de cada individuo, como ejecutor de acciones en pro del progreso nacional.

Al respecto, Ramírez señala que el modelo occidental de sociedad nacional resalta los derechos individuales del ciudadano, la autoridad de las naciones-estados y la importancia pública de la infancia. Apoyada por el estado, la niñez ha encontrado cabida, a lo largo de los siglos XIX y XX, en las constituciones nacionales: “en 1870 tan sólo un 2,4 por 100 de las constituciones nacionales (N=47)¹⁶ reconocían que el Estado tenía cierta responsabilidad hacia los niños; en 1970, el 69,4 por 100 (N=142)¹⁷ confirmaba esa responsabilidad” (Ramírez, 1993: s/p).

Los datos presentados reflejan cambios a nivel institucional y también significados sociales relacionados con la infancia. Esta se definió de manera más clara con la consecuencia de impactar a los programas nacionales. O sea, deja de ser una cuestión familiar para transformarse en política de Estado. La construcción de lo que es “ser niño” social e institucionalmente se ha caracterizado por un largo proceso plagado de políticas tanto nacionales e internacionales, acuerdos, tratados, decretos, leyes y normas que al mismo tiempo que pretenden “controlar y proteger”, también demuestran los distintos cambios culturales y políticos que la niñez ha tenido en México y el mundo. La visión del Estado hacia el niño no ha sido una sola, y fue una tendencia general, después de la Revolución etiquetar a los menores. Por ejemplo, niños trabajadores, enfermos, estudiantes, sanos, delincuentes y obedientes, fueron términos usados para estereotipar a los niños en México, siempre existiendo paralelismos y en ocasiones contradicciones, cómo se verá en el siguiente apartado.

La primera visión es la positiva, es decir, la inocencia y virtud de los niños son características otorgadas a la infancia, al período “feliz” dónde la libertad e ilusión son irrepetibles. Cómo ya he mencionado, en la construcción de una nueva nación mexicana, uno de los objetivos más difundidos fue el de dar protección a la infancia, misma que se

¹⁶ 47 Constituciones en total.

¹⁷ 142 Constituciones en total.

hace patente en el siguiente fragmento del discurso inaugural del Hospital del Niño de Mérida (Gobierno, 1940: 12): “Atender al niño, hacer de él no objeto de ostentación piadosa, sino un elemento vigoroso, optimista, para cooperar en la obra de reconstrucción de la nacionalidad que la Revolución Mexicana se ha trazado, tal es ese deber”.

La mirada colonial del niño, se transformó en el “niño proyecto” (Sánchez, 2003: 33) como el individuo que, de ser manejado científicamente, daría como resultado un ciudadano trabajador, sano y disciplinado. Más adelante, después de la década de los años sesenta, la emergencia de organizaciones y asociaciones no gubernamentales fue característica, enfocándose sobre todo, en aquellos niños que se encontraban en condición de pobreza extrema y vulnerabilidad.¹⁸

La última etapa de este siglo, está relacionada con el establecimiento de los Derechos del niño, en los años ochenta, donde tanto el Estado como las organizaciones no gubernamentales establecieron como misión difundir los derechos de los niños, con el fin de crear consciencia sobre la importancia de su sano desarrollo, así como dar a conocer las diversas instituciones y organizaciones nacionales e institucionales que abogan por dichos derechos y buscan la defensoría del menor.

Una importante vertiente en el desarrollo del *corpus* legal e institucional relacionado con el niño y la infancia, fue la relación entre éste con su madre. Es decir, la relación madre-hijo también fue una línea prioritaria de atención. Por lo menos en el ámbito médico ya se abogaba por atender a la madre y al hijo. Ejemplo de esto es la tesis de Abelardo González Garza (1934: 15) para obtener el grado de médico cirujano y partero, quien describió la importancia de la atención médica e institucional a este sector de la población, con el fin de la reducción de la mortalidad:

La protección a la maternidad es una manera indirecta de proteger al niño; se comprende que la mujer embarazada debe guardar ciertas medidas higiénicas para que el producto nazca en buenas condiciones. Para lograr que la futura madre cumpla con esas medidas higiénicas, se han implantado centros que hace una propaganda intensiva y dirigida a las madres, y en muchos casos, la propaganda se hace objetiva, ya sea a domicilio o en centros especiales llamados “centros de servicios prenatales”.

¹⁸ Para más información puede consultarse: María Victoria Alzate Piedrahita, *La infancia: concepciones y perspectivas*, Editorial Papiro, 2003.

Además de estos centros se han instalado “maternidades” gratuitas en las que se atiende a mujeres que trabajan, en el sentido del “derecho de reposo de la mujer embarazada.

Sobre este tema, Mercedes Alanís-Rufino (2010: 319) menciona que posterior a la Revolución cobró importancia proteger a la madre y al niño, ejemplo de eso fue que en 1939 la Secretaría de Asistencia Pública, específicamente el 10 de mayo emitió por radio un mensaje a toda la población del país, en el que invitaba a participar en la primera Campaña Nacional de Prevención a favor de la Madre y el Niño, mismo que se desarrollaría por varios meses.

Esta preocupación de los gobiernos posrevolucionarios de crear una cultura de la higiene en que todos los mexicanos, además de fomentar la formación de personal médico, apoyar la investigación científica y construir clínicas y hospitales, otras estrategias fueron llevadas al ámbito formal de las instituciones y el informal de los hogares. El asunto se difundió por medio de conferencias, programas de radio, carteles, volantes, folletos, cine, campañas de salud y programas de educación higiénica, inmunizaciones, instrucciones sobre la hidratación oral, la higiene bucal y la desparasitación de escolares. Cada uno de estos instrumentos debían mostrar las formas de evitar y/o combatir alguna enfermedad o problema higiénico en particular y lo más importante: ser asimilados por la población.

Influir tanto en el cuerpo como en la mente de los menores fue la intención prioritaria, higiene moral, física y conductual, que permita influir en el desarrollo hacia la edad adulta. Este objetivo tuvo un marco de acción en la Constitución de México, donde se incluyeron artículos respecto a la niñez, con la intención de cubrir tres aspectos: trabajo, educación y corrección. El artículo 123 prohíbe el trabajo para los menores de 14 años, y los mayores de esta edad y menores de 16 tendrían una jornada laboral de seis horas máximo. En el artículo 31 se estableció la educación primaria obligatoria para menores de quince años.

Estos artículos permitían al Estado intervenir en la regulación de los modos de vida y educación de los niños en México, ayudando al establecimiento de escuelas, tribunales

especiales y escuelas correccionales. Cuidar y corregir eran prioridad, ya que al mismo tiempo en que se veía a los niños con un aura inocente, por otro lado, especialmente los niños pobres, eran vistos como potenciales delincuentes. Y es precisamente sobre estos niños “peligrosos” que trata la siguiente fuente analizada. La Asociación Nacional de Protección a la Infancia,¹⁹ a través del Dr. Manuel Payno, en 1932, hace un recuento sobre una reunión en Gran Bretaña en la cual se estudiaron las causas de la delincuencia juvenil y pandillerismo. A continuación un extracto de esta:

La Delincuencia juvenil y los mal adaptados sociales. Dr. Manuel Payno.

Durante el mes de noviembre del año pasado en la ciudad de Devon en la Gran Bretaña, se efectuó una reunión social-científica para estudiar las causas de la delincuencia juvenil y el pandillerismo. En esta reunión participaron 36 sociólogos, médicos, educadores y expertos en problemas juveniles, bajo la presidencia del doctor Ron Goodey.

Después de varias semanas del intenso trabajo llegaron a las siguientes 12 conclusiones, sobre las causas que pueden producir un delincuente juvenil o crear un rebelde.

- 1.- El dar a un niño o menor todo lo que quiere
- 2.- Reír cuando dice sus primeras groserías
- 3.- El no darle ninguna orientación espiritual
- 4.- Los mayores deben procurar no usar palabras equivocadas
- 5.- Deben los mayores, supervisar la lectura de los menores
- 6.- No deben los mayores, recoger todo lo que el menor deja regado, sino que hay que enseñar al niño a ser ordenado
- 7.- Nunca discutir las personas mayores, problemas matrimoniales en presencia de niños o menores
- 8.- No se debe dar al niño o menor todo el dinero que quiera
- 9.- El menor no debe ver satisfechos todos sus deseos de alimentos, bebidas o comodidades
- 10.- No deben los mayores tomar partido contra los vecinos, policías o profesores
- 11.- No excusarse los padres cuando tenga serios problemas el menor, diciendo: “Yo nunca pude hacer nada con él”
- 12.- Los mayores deben prepararse para una vida de penas, si no se corrigen a tiempo a los menores.

¹⁹ Asociación Nacional de Protección a la Infancia, Departamento de Salubridad Pública, Oficialía Mayor, 1932, Exp. 22, Legajo:1. AGN, ff: 1-2.

Este encuentro multidisciplinario tuvo como objetivo conocer las causas de que un menor se convierta posteriormente en un delincuente o desadaptado social. Vemos nuevamente aquí la necesidad de integración de una sociedad homogénea, de lineamientos que permitan prever e impedir que un niño se convierta en un mal ciudadano, siendo ante todo responsabilidad de sus padres o adultos que le rodean evitar el mal camino que este pueda tomar. Los ideales presentados están relacionados con el orden, los buenos modales y la educación religiosa y moral, pero ante todo una oportuna corrección del mal comportamiento que el niño pueda presentar.

Hasta ahora hemos visto puntos de vista tajantes, tanto positivas como negativas, pero a continuación presentaré el extracto de una conferencia relacionada con el concepto de moral de los niños, presentada por el Ingeniero Luis G. Franco,²⁰ el cual era vocal propietario del Comité Nacional de Lucha contra el Alcoholismo. Dicho discurso fue transmitido por radio el 28 de marzo de 1939, en la Ciudad de México:

"EL CONCEPTO DE LA MORAL DEL NIÑOS FRENTE AL VICIO DEL ALCOHOL".

Los niños buenos simbolizan los vasos cristalinicos escogidos de la tierra, pero si se reúnen con compañeros que llevan una vida que no sea correcta, cada vez que estén con ellos, les dejarán con su aliento, cual vaho, nubecillas que van pausa a pausa mancillando o manchando las vidas buenas; El Niño es un jardín, es un edén, un paraíso del universo, gallardas dalias, inmaculadas azucenas, enredaderas de bugambilias y madre selvas que irguiéndose se elevan hasta unirse al jardín celestial y el perfume directo de esas flores, cual incienso, va elevándose hasta su Divino Creador. Pero cuando El Niño abandone el camino del bien, cuando por insinuaciones del compañero de escuela, del amigo perverso, del consejo malévolo sigue un sendero torcido, ese jardín se va secando, esas flores se van marchitando, ya en el árbol de su vida los Rosales palidecen, los nardos no están erectos, las bugambilias no crecen, las madre selvas no despiden inciensos perfumados, las flores esmaltadas se mustiaron en su tronco, el matriz verde de la alfombra se amortiguará!!!! Decídmela, verdad que vosotros no queréis que el jardín de vuestra vida se marchite y se sequé?!!!!

(...) La patria quiere y necesita hijos fuertes, hijos sanos pletóricos de vida, dignos de saber representar un hogar que es un santuario, un hogar que es el templo del honor y de la delicadeza. Las Fábricas que significan la industria, son grandes porque todo lo que pasa por ellas (*sic*) entra con un valor y sale con ese valor aumentado; las cantinas son lo contrario, entra un hombre fuerte y valeroso y sale de la cantina con

²⁰ Versión taquigráfica de la conferencia, 28 de marzo de 1939, Archivo general de la Nación, Fondo: Salubridad Pública, sección: Servicio Jurídico, Vol. 18, Exp. 10, ff: 1-5.

esos valores completamente ruidos y regularmente convertidos en ruinas. En consecuencia debemos enarbolar la bandera en contra del vicio de la embriaguez!!!!!!

El niño que es, según la cita, futuro representante de la patria mexicana, es presentando también como potencial alcohólico. Hay que recordar que en este tiempo el alcoholismo no era considerado una enfermedad. De hecho, era considerado uno de los peores vicios, relacionado con la miseria y la decadencia humana. Al andar con malas compañías, alejarse de la religión y las reglas sociales que le han enseñado, no podrá cumplir con los requerimientos de la patria, quien cuenta con él para su progreso y desarrollo. Uno de las primeras preocupaciones del Estado moderno fue el cambio de percepción de la vagancia y la mendicidad de los niños, pasando de ofrecerles caridad, a perseguirlos y confinarlos a espacios de reclusión, como las casas de corrección.

Lograr esto último no resultaría tarea fácil, ya que como menciona Sánchez (2003: 39) las condiciones y la población en condiciones de mendicidad era importante:

(...) la población mendicante y vagabunda ascendía a más de 40 mil, de una totalidad de 120 mil personas; también llamados léperos, en su mayoría se trataba de los hijos de las castas y de los indios desarraigados y desempleados, que vagabundean por la ciudad; sus contingentes estaban formados por grandes cantidades de niños y adolescentes entre ocho y 18 años, además de algunas personas entre 18 y 30 años.

Alejarlos de los vicios y encaminarlos a la educación, buenas costumbres civiles y protegerlo del abandono de cualquier tipo eran motivo de preocupación del Estado. Como ejemplo de abandono familiar, en la fuente que presento a continuación,²¹ se aborda no la infancia ideal, ni la criminal, ni la enferma, se presenta a los niños pobres y desprotegidos, mismos que deben ser cuidados por el Estado, para cumplir con el garante de bienestar y el progreso del país.

²¹ Página editorial, El Correo Español, Ciudad de México, 24 de enero de 1913, Hemeroteca Nacional Digital de México, p. 3.

Protección a la infancia

La infancia, los niños pobres y desvalidos, los que nacen en hogares humildes, al amparo de un cariño tan grande y tan legítimo, como el de los otros niños; los que vienen al mundo en casa más o menos poderosas, que encuentran desde el primer instante de su existencia todas sus necesidades colmadas por completo, mientras los otros infelices luchan invenciblemente y perecen en la mayoría de los casos, por falta de calor, de vida, de protección... La infancia, refiriéndonos al grupo de los menesterosos, a los que en nuestra patria, no tienen elementos para sostenerse y recaban, con derecho indiscutible la ayuda del Gobierno, de las entidades ó de los particulares, para poder cumplir todos los fines de la existencia, á (sic) la que surgen en ambientes sombríos, sin esperanzas ni consuelos, parece que han de lograr en parte, algo de lo que pretenden, gracias á una iniciativa personal, que incesantemente trabaja para conquistar de los altos poderes, la cooperación suprema, á una obra de redención.

Las formas no morales y saludables de vivir, en combinación con los vicios como el juego, la bebida y la mendicidad debilitaban mucho la imagen de progreso del país. Contradecían las aspiraciones productivistas de la élite liberal de la época. Como respuesta a esta preocupación, además del control y la reclusión de los menores en la calle, el Estado comenzó a discutir sobre la importancia de la higiene y los cuidados infantiles. El primero ejemplo de esto y antes de pasar al siguiente apartado, donde abordaré la teoría eugenésica como principio científico para el mejoramiento de la población, presentaré las conclusiones que el Dr. Ernesto González Tejeda (1921: 204) presentó ante los congresistas durante el Primer Congreso Mexicano del Niño, con su ponencia titulada “Educación física de los niños”.

En dicha ponencia el Dr. González hace hincapié en los beneficios que la educación física proporciona a los niños, haciéndolos sanos, robustos y resistentes a enfermedades características de su edad. Dicha educación señala, debe iniciarse desde que el niño es recién nacido, acostumbrándolo al aire libre y al baño diario. En el ámbito institucional, la educación física estará en manos de profesores que incitarán a los niños a realizar ejercicios físicos sencillos y les enseñará técnicas de respiración. La higiene y la salud física y mental en los niños fueron concebidos como elementos indispensables para alcanzar los ideales establecidos durante el levantamiento armado. Las intenciones de la

Revolución fueron en pocas palabras progreso, democracia y desarrollo económico y social, basado en las transformaciones científicas de la época, la satisfacción de necesidades básicas de toda la población y las corrientes internacionales, que específicamente en cuanto a la niñez, señalaban la importancia de cada país en atender a este sector de la población, no basado únicamente en la medicina, sino también en la pedagogía y la psicología.

Estas intenciones hacia la niñez, pueden tomarse en dos direcciones opuestas, la primera: el objetivo *per se* de mejorar la calidad de vida de los niños, reducir las tasas de mortalidad, ocasionadas por enfermedades evitables con la higiene, tanto en lo público como en lo privado. Por otro lado, pueden considerarse como una herramienta para alcanzar estándares de desarrollo a nivel internacional y asegurar una mano de obra sana a futuro. Ciudadanos sanos que respondan de manera satisfactoria a los requerimientos del capitalismo, capaces de desarrollarse en el campo elegido en el caso de los profesionales, y asegurar una larga duración activa de los obreros.

¿Cuál de las dos líneas es la intención real? Propongo que ambas, por un lado cumplir con los parámetros internacionales de bienestar social y por otro, asegurar el desarrollo de la clase obrera y profesional de la naciente nación mexicana. Para esto, la higiene y la eugenesia resultaron ser la respuesta, partiendo de sus principios para la implantación de políticas públicas, discursos médicos y de gobierno.

Higienismo y eugenesia. La infancia como arena política para la construcción del ciudadano ideal.

México se encontraba en años coyunturales en cuando al desarrollo científico y social, ya que el llamado “orden porfiriano” que se fundó en la polarización social, alejado del principio de democracia, pero al mismo tiempo se contradecía con el sustento ideológico del positivismo. En palabras de Alcubierre y Carreño (1997: 68) “era evidente que los privilegios políticos y económicos que detentaban los individuos poderosos eran el resultado de su mayor aptitud natural, del mismo modo que la miseria era el resultado de la torpeza, de origen “genético”, de los desposeídos”.

Abelardo González Garza, en su tesis para obtener el grado de médico cirujano (1934: 8-9), señalaba a la eugenesia como mecanismo de acción para luchar contra la mortalidad infantil dice:

Estudiar las causas y más aún las condiciones sociales que favorecen la acción de tales causas para medir exactamente y enfocar nuestra lucha contra los factores determinantes. Prevenir las causas más que curar los efectos: Eugenesia y educación sexual puericultura, lucha contra los vicios y las enfermedades, protección médico-social y económica del niño en todas sus edades, medidas legales y elevación del índice económico del medio formarían el programa a desarrollar. (...) La Eugenesia se refiere a la "selección de padres" es decir prohibir o impedir la procreación a individuos tarados por diferentes circunstancias.

Como otro punto de partida para el desarrollo de la pediatría puedo mencionar el higienismo o corriente higienista, la cual nace durante la primera mitad del siglo XIX, cuando los gobiernos influenciados por las nuevas tendencias de pensamiento, tanto científico como filosófico, se interesaron en alcanzar el desarrollo integral del individuo.. Así, se inicia el interés por la salud de la ciudad y de sus habitantes, considerando la enfermedad como un fenómeno social que integraba todos los aspectos de la vida humana, tanto privados como públicos. *Los cuidados materno-infantiles eran sus ejes rectores.

Estos últimos incluirían mantener las condiciones de salubridad en el ambiente general de la ciudad a través del agua potable, alcantarillado, drenaje, iluminación en las calles y sobre todo el control de las epidemias. Los médicos en esta época comenzaron a denunciar que el hacinamiento y la pobreza provocaban que las epidemias fueran más graves por la desnutrición. Un ejemplo del surgimiento de este tipo de teorías lo proporciona Sennet (1997: 280). En su obra señala que la idea de Ernest Platner, consistía en que el aire es como la sangre, debía circular a través del cuerpo y la piel era la membrana que permitiría tal proceso. Entonces, el principal enemigo de la vital función física era la ciudad, la cual se encontraba rodeada de suciedad, contaminación y falta de higiene. Convirtiéndose así en causa de enfermedades y un obstáculo para el desarrollo.

Una transformación de la ciudad se hizo necesaria, aunque como las mismas terapéuticas a los padecimientos, no fue drástica y Corbin (1993: 101) pone el ejemplo con la propuesta médica de lo saludable del baño de mar:

Los médicos del primer tercio del siglo XIX no cambiarán radicalmente el modelo terapéutico de baño de mar. La atención dispensada a los enfermos de temperamento linfático y a los desarreglos del sistema neurovegetativo, la importancia concedida a la diátesis escrofulosa que tiende a invadir la patología, el temor más bien fantasmal a la obstrucción del sistema glandular justifican la nueva medicación (...).

Desde este punto de vista, el higienismo como corriente científica proponía diversos mecanismos para la prevención de enfermedades y epidemias. Desde lo público, según el higienismo, acciones como alejar las industrias con alto nivel contaminante, los mataderos y los cementerios ayudarían de forma significativa a la salud de la población. En lo privado, las viviendas requerirían de la instalación de baños, una altura mínima para los techos,²² adecuada ventilación natural y limpieza continua de las casas habitación y limpieza moral.

Este tipo de recomendaciones permanecieron durante todo el siglo XIX y XX, aun cuando las investigaciones como las de Robert Koch y Louis Pasteur²³ sacaron a la luz los llamados “microorganismos” los cuales eran los que producían las enfermedades, negando la idea de los *miasmas* o emanaciones patológicas. Es aquí donde la higiene pasa a ser una cuestión social y de interés primordial para el Estado. El agua comienza a ser analizada con el fin de encontrar bacterias y se comenzó a usar el cloro para desinfectarla. Progresivamente, la higiene abarcó diversos campos vinculantes de la sociedad y las enfermedades, hasta ser una disciplina médico-social donde por un lado, los médicos dictaban los lineamientos correspondientes y por el otro, la puesta en práctica

²² Ejemplo perfecto de la aplicación de estas recomendaciones médicas son las altas y ventiladas haciendas henequeneras del siglo XIX.

²³ El primero descubridor del bacilo de la tuberculosis y el cólera, considerado padre de la bacteriología y el segundo, Pasteur con el descubrimiento del proceso que lleva su mismo nombre: la pasteurización.

de los conocimientos higiénicos por parte de la sociedad. Ambos formaron un binomio “ideal” contra las enfermedades contagiosas, principalmente.

Desde entonces, con una corriente científica que lo fundamentaba, apoyada en una red de instituciones de asistencia y en la renovación y profesionalización de médicos, la creación de un Estado nacional que se preocupaba por la educación y la salud de sus ciudadanos durante el último cuarto del siglo XIX comenzó su desarrollo. Posteriormente al terminar el enfrentamiento armado y cuando los planes de “reconstrucción” nacional iban siendo formulados, también se utilizaría la higiene como uno de las prácticas que asegurarían la salud de todos los mexicanos y el progreso de la nación.

La higiene infantil fue reconocida y descrita en cada una de sus etapas según la edad del niño. Múltiples recomendaciones fueron respaldadas por científicos de la nascente área pediátrica. Aspectos como el aseo diario del cuerpo, vestimenta adecuada según la edad y la higiene en la preparación de alimentos fueron difundidos por los médicos familiares. En la tesis de Álvaro H. Bolio (1909: 26) referente a la vestimenta adecuada durante la primera infancia se considera como:

Cuatro son los principios fundamentales que deben llenar los vestidos de los niños.

1º No entorpecer la circulación.

2º Sostener su cuerpo muy flojamente.

3º Cubrir bien al niño, que por su pequeño volumen se enfría con mucha rapidez.

4º Evitar toda causa de accidentes.

Para cubrir su cuerpo frágil, de piel tan delicada es necesario usar tejidos los más finos y suaves, habiendo quienes aconsejen hacer las camisas de tela, ya usada que siempre es mucho más suave que cualquier otra, poniendo las costuras para afuera, de suerte que no toquen al cuerpo.

Problema muy importante es el grado de abrigo para el niño, que necesita un calor adecuado al ambiente en que ha permanecido, muy próximo á 38º; de suerte que ha adquirido una costumbre que no podrá dejar sino muy poco a poco, teniendo en cuenta el clima, la estación y los cambios atmosféricos, pues es muy fácil exponerlo á un enfriamiento perjudicial, y por otra parte, á sofocarlo demasiado con los cobertores. Por eso es necesaria mucha cautela sobre este punto. Además, se ha de tener en cuenta que abrigar demasiado á los niños, les coarta y limita la potencia y desarrollo de las fuentes calorígenas (*sic*) y le mantiene en una extremada susceptibilidad al frío, pudiendo también provocar el sudor, que es una fuente muy peligrosa para las enfermedades por enfriamiento. Por consiguiente, no puede darse

una regla fija sobre el particular, quedando al criterio de cada uno la elección del grado de abrigo.

Con los objetivos anteriores, el Estado posrevolucionario se dio a la tarea de resolver diferencias sociales agudizadas durante el régimen porfirista, llevando a cabo una reforma agraria, estableciendo la educación pública y promoviendo el cuidado a la salud de toda la población. Específicamente en relación a la salud niñez, el nuevo gobierno apoyó la profesionalización de la pediatría y la creación de instituciones dedicadas al cuidado infantil, como el servicio de higiene infantil del Departamento de Salubridad Pública Nacional.

Es entendible que en este ambiente de apoyo a los profesionales de la salud y el cuidado infantil, florecieran teorías específicas respecto al cuidado de la salud y la higiene en el niño. Como ejemplo de esto presento un fragmento de la tesis para optar por el grado de médico, cirujano y partero de L. Peniche Vallado,²⁴ el cual, ya en 1926, hace mención sobre la situación de la niñez y el papel del médico y el Estado ante la misma:

- 1ra.- Es lamentable el desconocimiento que se tiene en nuestro medio de los preceptos más rudimentarios de Higiene Infantil;
- 2a.- El medico deberá luchar para hacer llegar hasta las más humildes chozas, las medidas higiénicas indispensables para la protección del niño, sobre todo, durante los primeros años de su vida;
- 3a.- Los Maestros procurarán por su parte, en sus cátedras, inculcar a sus educandos las reglas higiénicas, garantizando así su observancia en los futuros hogares;
- 4a.- Los Poderes Públicos, obligados más que nadie a velar por la salud pública, deberán impartir su protección a la infancia, procurando la efectividad de la Inspección Médica Escolar;
- 5a.- La observancia de los preceptos higiénicos dará como consecuencia, en un futuro no muy lejano, el mejoramiento de nuestra raza y por consiguiente el engrandecimiento de la Patria.

Puede observarse en los cinco puntos que Peniche presenta dos características del pensamiento posrevolucionario: el primero basado en la igualdad social es decir, el deseo de una nación homogénea, por lo menos en materia de salud infantil. El segundo, la

²⁴ Peniche, “Breves apuntes”, p. 32

noción de que la salud de la población es responsabilidad del Estado, al cual responsabiliza abiertamente de los logros y fracasos que en materia de salud se obtengan.

Bajo esta preocupación de los gobiernos posrevolucionarios de crear una cultura de la higiene en todos los mexicanos, además de fomentar la formación de personal médico, apoyar la investigación científica y construir clínicas y hospitales, otras estrategias fueron llevadas al ámbito formal de las instituciones y el informal de los hogares. Por ejemplo: conferencias, programas de radio, carteles, volantes, folletos, cine, campañas de salud y programas de educación higiénica, inmunizaciones, instrucciones sobre la hidratación oral, la higiene bucal y la desparasitación de escolares. Cada uno de estos instrumentos debían mostrar las formas de evitar y/o combatir alguna enfermedad o problema higiénico en particular y lo más importante: ser asimilados por la población.

Con la intención de llegar a todo el territorio nacional, para difundir los conocimientos indispensables para alcanzar las condiciones elementales de higiene y el desarrollo físico y mental, la Secretaría de Asistencia subrayó el alto índice de mortalidad y morbilidad infantil, estableciendo que los cuidados en los primeros años de vida son prioritarios. Estas son algunas de las actividades que se implementaron en dicha campaña nacional (Alanís-Rufino, 2010: 320):

Por este motivo se establecieron en caso todos los estados de la República Centros de Asistencia Infantil, Casas de Maternidad, Clubes de Madres, Hogares Infantiles, se instaló la Casa de la Madre Proletaria, la Guardería Infantil en el Centro Escolar "Revolución", Centros Maternales e Infantiles, un Centro Preescolar para niños débiles mentales, el Centro de recuperación física para niños desnutridos en Santa Julia, las campañas para dar abrigo al niño pobre, los concursos del niños sano que fueron vigilados por comités Pro Madre y Niño coordinados por 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 y la Campaña Nacional por Educación.

Con el objetivo general de mejorar las condiciones de crecimiento y reducir la mortalidad infantil, las políticas públicas dirigidas a la vigilancia del crecimiento, la hidratación vía bucal, la difusión de la lactancia materna, las vacunas y la higiene en

general, fueron aristas a través de las cuales la salud infantil se fundamentó, esta tendencia perduró durante todo el siglo XX. En los siguientes apartados abordaremos cuatro vertientes principales de las políticas de salud destinadas a la salud infantil en México durante el siglo XX, éstas son: salud materno-infantil, alimentación, vacunación, higienismo y atención médica profesional.

Salud materno-infantil. Ubico los inicios del interés de la llamada salud materno-infantil a inicios del siglo XIX, cuando tomó importancia la dependencia de la salud infantil de la materna, no sólo durante la gestación sino también en los primeros años de vida, por lo cual se inició toda una corriente médica que sostenía que la salud de la mujer embarazada y posteriormente encargada de la alimentación del menor, era un factor primordial para el logro de individuos más sanos, no sólo en México sino en muchas partes del mundo.

Claudia Agostoni (2007: 92), hace mención del interés de historiadores sobre el surgimiento de la atención materno-infantil en el mundo:

Para el caso de Francia, la historiadora Martha L. Hildren estableció que la salud materno-infantil —o bien la salud de las familias— permeó prácticamente todos los espacios del discurso y de la práctica médica, y que la constitución fisiológica y biológica de la familia fue un elemento determinante en la construcción social de la enfermedad, en el diagnóstico y en la terapéutica. De igual forma, Alexandra Minna Stern y Howard Markel han señalado que, a partir de las décadas finales del siglo XIX, “salvar a la niñez” fue un catalizador importante de diversos programas médicos y sociales, los cuales transformaron no sólo el ejercicio de la medicina, sino la sociedad occidental en su conjunto.

Así, con la revisión historiográfica y las investigaciones respecto a la salud materno-infantil el conocimiento sobre esto se ha ido enriqueciendo, pero, ¿qué es lo que impulsó las investigaciones y políticas dirigidas a las madres e infantes en México? Propongo que fueron dos factores principales: 1. El alto índice de fallecimientos durante el parto de madres y niños, y el importante porcentaje de muertes de niños menores de tres años y 2. Las corrientes médicas que llegaron del extranjero a México, las cuáles resaltaban la

importancia de la salud del niño y la madre como factor determinante para el desarrollo de las condiciones generales de un país, es decir, el progreso social y económico.

La muerte de los niños, especialmente los menores de dos años, el fallecimiento de mujeres durante el parto, no sólo por deficiencias médicas, sino también por los precarios conocimientos en la higiene hospitalaria, fue una llamada de atención no sólo para los funcionarios públicos sino también para médicos consolidados e incipientes. Esta preocupación puede verse en el siguiente fragmento, artículo en el cuál no se menciona el autor pero permite observar la preocupación de los médicos al respecto, en la primera mitad del siglo XX (s/a, 1925: 827-830):

El número de los que mueren en el primer mes es cuatro veces mayor, que los muertos en el segundo.

Mueren en el mes 1-1675 Niños
Mueren en el mes 2- 421 Niños

Más importante aún es saber que, en la primera quincena de edad, mueren cuatro veces más que en la segunda; y vuestro asombro tocará su límite, con la noticia de que en el primer día de vida, los niños mueren en un número cincuenta veces mayor que a los treinta días, según la plancha siguiente:

Días	Muertos
	1570
	293
	392
	479
	574

Las causas que determinan la muerte de embrión, las que interrumpen el embarazo, las que provocan el parto prematuro, las de la mortalidad (*sic*) son, indudablemente, las mismas que determinan la muerte del niño en el primer día de nacido y, quizá, algunas de las que determinan en el curso de la primera infancia.

Enfermedades como la sífilis hacían estragos en la salud tanto de la madre como del niño, lo que representaba un fracaso para la medicina y el higienismo de la época. Puede observarse que la higiene jugaba desde el gobierno de Porfirio Díaz hasta ahora, un papel fundamental en la atención a la mujer durante el parto. En una dictadura donde la salud era sinónimo de modernidad y civilidad, la higiene recibió un fuerte impulso como

herramienta para prevenir y hacer frente a las enfermedades, todo esto a través de la educación. Cecilia Alfaro (2012: 108) describe las intenciones respecto a la higiene y la educación durante el porfiriato, abarcando la postrevolución.

Si, pues, las causas postnatales, del primer día de vida del niño, son iguales a las prenatales, y, si hemos visto, al tratar, en capítulo especial, que, entre dichas prenatales, las sífilis (*sic*) alcanza 46 por ciento, fácil es deducir, que predomina la sífilis entre las causas postnatales del primer día de vida del niño.

(...) en el Centro de Higiene Infantil "Eduardo Liceaga", fueron examinadas, durante dos años- terminados en septiembre de 1924- 975 mujeres. Ya véis (*sic*) que el campo de experimentación es vasto y la conclusión ha de ser muy próxima a la verdad. De estas 975 mujeres, el 46 por ciento produjeron en Wassermann positivo, y, de estas mismas 975 mujeres, el 51 por ciento tenían antecedentes de muerte fetal, aborto o parto prematuro. Como comprenderéis estas cifras no pueden ser coincidentes, sino consecuentes y demostrativas.

Eran las madres quienes podían ayudar a transformar los malos hábitos dentro de los hogares. La percepción que se tenía sobre la educación femenina dentro del seno familiar, siendo ellas las encargadas de instruir y cuidar a los niños, ayudó a que tanto los médicos como los políticos encontraran en la mexicana una aliada a sus propósitos. La educación relacionada con la higiene y la atención materno-infantil fue promovida principalmente por médicos quienes vivían día a día con los altos índices de mortalidad, y los cuáles a través de su contacto con otras partes del mundo, notaban la preocupante condición del país en ese aspecto. Claudia Agostoni en su trabajo sobre las enfermeras visitadoras, aborda la campaña médica para llamar el interés político hacia la condición materno-infantil (2007: 93-94):

Así, en artículos, libros, revistas, manuales de medicina doméstica y guías de higiene, esos y otros médicos recalcaron la importancia que tenía para el futuro nacional velar por la salud de la mujer embarazada y por la de la niñez, y consideraban que era necesario proporcionarles una educación higiénica completa y permanente.

Como se puede apreciar, el hincapié de las propuestas de estos médicos estaba en la educación higiénica de la mujer, de la familia y de la niñez, educación que requería de una tutela, supervisión y seguimiento médicos constantes y permanentes. Esas temáticas adquirieron una relevancia muy particular durante y después de la fase armada de la Revolución.

Dichas estrategias siempre estuvieron respaldadas por la idea de que México, para ser un país “moderno”, necesitaría de mexicanos sanos, fuertes, educados en una cultura de prevención y sensibles ante la adquisición de hábitos higiénicos. Como ejemplo presento a continuación una circular publicada en 1923, donde se difunde la “Semana de la Salubridad”²⁵ a nivel nacional:

Circular a los Presidentes Municipales, relativas a emprender trabajos para popularizar las prácticas higiénicas.

Una “SEMANA DE SALUBRIDAD” con motivo de las fiestas Patrias.

“A iniciativa de este Departamento de Salubridad Pública y por acuerdo del C. Presidente de la república tomando en consideración que el mejor medio de celebrar las fiestas patrias es emprender trabajos que tiendan al bien común, se ha determinado conmemorar este año la proclamación de nuestra independencia organizando una semana de trabajos, tendentes a popularizar las prácticas higiénicas, y a despertar el interés del pueblo mexicano, por el cuidado de su salud, factor indispensable del progreso de la Nación. Deseando que no haya un lugar de la república por pequeño que sea, que no reciba una benéfica influencia de esta campaña en pró (sic) de la Salubridad, y comprendiendo que nuestra acción no sería efectiva sin la ayuda eficaz de los Ciudadanos que tiene en sus manos los destinos de los Estados, acudimos a Ud señor Gobernador, pidiéndole se sirva interesarse en los trabajos que este Departamento ha resultado llevar a cabo, según el programa adjunto y tenga a bien secundar sus propósitos de tal manera q. en todos los lugares que están bajo su gobierno, se celebre con todo entusiasmo la “Semana de “salubridad”...

Atentamente.

Programa de la semana de Salubridad. Domingo 23 de Septiembre.

Día del encomio de la Higiene- En los sermones de los sacerdotes, en conferencias tan numerosas cuanto lo permitan los recursos de cada quien, en carteles que se fijarán en las esquinas, etc., se hablará de la necesidad de observar los preceptos higiénicos.

Como ejemplo de la difusión de la importancia de establecer los hábitos higiénicos necesarios para el óptimo desarrollo de los niños, a continuación describo algunas de las conclusiones emanadas de la sección de higiene durante el Primer Congreso Mexicano

²⁵ Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado Libre y Soberano de Yucatán, Mérida, Viernes 10 de agosto de 1923, año XXVI, núm. 7910. P. 1.

del Niño:²⁶ 1. Debe fomentarse el hábito de usar cepillo de dientes, 2. Se condena el uso del chupón, 3. Se confirma que la alimentación materna es la que mejor garantiza la salud del niño, 4. La alimentación que mejor sustituye a la lactancia materna es la variada y vigilada, es decir que incluya todo tipo de alimentos, 5. Los alimentos procesados y elaborados artificialmente, como la leche de fórmula, es difícil y peligrosa y debe ser vigilada por médicos, 6. La alimentación por medio de nodriza debe ser vigilada por la autoridad sanitaria y reglamentada y, 7. Se invita al Consejo Superior de Salubridad para que practique la linfa (vacuna) animal y la vacunación contra la viruela.

El control de la salud y alimentación de los menores era la meta general, es decir: abarcar cada ámbito de las mismas. Qué comer y qué no comer, cómo debe ser la higiene personal y qué se espera de los padres, especialmente de la madre en cuanto a cuidados al menor. Dominio de las prácticas privadas y las acciones públicas institucionales son objetivos de los higienistas.

En resumen, la corriente higienista no iba dirigida únicamente a la limpieza corporal y el mejoramiento de la infraestructura de las ciudades en materia de salud pública. Se pretendía también disminuir la desnutrición infantil. El “saneamiento” se lograría difundiendo permanentemente, durante todo el crecimiento del niño, los cuidados higiénicos elementales que se le debían procurar, así como orientaciones para aprovechar los recursos alimenticios de cada zona geográfica. “Una buena, sencilla, penetrante y sistemática orientación, en estos renglones, contribuiría, sin duda alguna, a liquidar supercherías en materia higiénica y alimenticia entre nuestras capas populares”.²⁷

La higiene tuvo además del mejoramiento en la salud de la población en general una vertiente moral, tendiente a controlar las acciones de sus pobladores según criterios éticos, civiles y morales, muchas veces con tintes religiosos que eran promulgados como

²⁶ Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño. Patrocinado por “El Universal”, México, 1921, p. 23-24. Ver documento completo en anexos.

²⁷ Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán. Diario de la II Convención, Vol. 1, Mérida, Yuc, México, Viernes 24 de abril de 1964, Núm. 2.

los ideales para la vida del ciudadano. Ejemplos de estos son los siguientes puntos presentados como algunos de los retos para el mejoramiento de la protección a la infancia en Yucatán del Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán (1964: 7-8):

4°.- El registro anual de 500.000 niños como hijos naturales, detalle que pone de resalte la grave responsabilidad de los padres de los mismos. Esa elevada cifra equivale casi a la 3ª. parte de los seres que nacen al año en nuestro país. Ellos llevarán toda su vida en sus cartas de nacimientos el estigma de ilegítimos.

6°.- La existencia de alrededor de 400,000 niños indígenas en la República que no hablan el castellano, lo que permite deducir la situación de atraso, en los demás órdenes de la vida que confrontan.

7°.- El cada día más numerosos grupo de madres solteras o abandonadas, y la falta de preparación, para enfrentarse a la vida y ganar su pan y el de sus hijos.

8°.- El creciente problema del alcoholismo, que independientemente de las nefastas repercusiones eugenésicas sobre la prole, produce invariablemente, mermas crónicas y de consideración en el ingreso familiar, malos ejemplos, así como la desintegración o mala configuración moral de los hijos.

11°.- Estar pendiente de la calidad de los programas radiofónicos y de televisión, así como la de ciertas publicaciones periodísticas y la exhibición de películas, que con su material inadecuado están configurando mal, el espíritu y la moral de la niñez.

Puede verse que la intención era influir en la vida pública y privada de los ciudadanos; los vicios, la ignorancia y no cumplir con el contrato civil del matrimonio se consideraban problemas que colaboraban para el atraso del país. Es aquí donde el higienismo cobra otro matiz, uno más ideológico mejor conocido como eugenesia. En esta temporalidad, la perspectiva evolucionista estaba cobrando fuerza, “la joven nación mexicana compartía los mismos problemas de la etapa infantil del ser humano y las características de los hombres “salvajes” y “primitivos” (...)” (Troncoso, 2006: 117). Bajo estas condiciones, México tenía que subirse al tren del progreso y el desarrollo.

Eugenesia, buena génesis o generación, fue durante décadas el sustento ideológico para buscar un ideal de individuo. Esta política médico-higiénica tuvo su origen en Europa a finales del siglo XIX, centrada en la potencialización genética de los seres humanos. Llegar a México desde el Porfiriato, pero teniendo su aceptación y verdadero auge

durante el periodo posrevolucionario. Soria y Bortz (2011: 261) sostienen que en 1970 un grupo de intelectuales sostuvieron que el hombre debía favorecer la proliferación de pobladores más aptos para su raza y debía contener el crecimiento de la población “débil”.

Proliferando los “más aptos” y reduciendo a los “más débiles” las sociedades corregirían el error cometido “(...) producto del avance de la ciencia y la medicina- que permitió a los enfermos de cuerpo y/o mente continuar con sus vidas más de lo que la naturaleza les habría permitido y, al facilitar su supervivencia, otorgarles la posibilidad de reproducirse y engrosar las filas de la especie humana en forma negativa respecto al conjunto”.

El principal representante de esta corriente es Francis Galton, quien definió a la eugenesia como la ciencia que trata de todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza e intenta mejorar las que pueden desarrollarse para alcanzar el máximo desarrollo. Convirtiéndose en una corriente ideológica fue retomada por sectores de élite sociales e intelectuales, que intentaron instaurar esta búsqueda de supremacía. Soria y Bortz (2011: 275) indican que la eugenesia se difundió en las clases dominantes como mecanismo para la obtención de una mejor mano de obra a disposición del capitalismo naciente:

Filósofos, sociólogos, escritores, políticos y empresarios utilizaron su retórica para persuadir a la mayoría sobre lo que era deseable para la sociedad de comienzos del siglo XX. En parte era necesario para mantener los privilegios de un sector dominante. El capitalismo necesitaba mano de obra apta, saludable, trabajadora, intelectualmente capacitada para emprender la labor encargada de forma eficiente. A su vez la sociedad debía deshacerse del holgazán, el enfermo, el débil, el agitador y el delincuente y debía mantenerse el *status quo*.

En México, las amplias zonas despobladas y la alta mortalidad eran problemas importantes para la reconstrucción del país. Alexandra Stern (2002: 294) indica que un grupo de líderes nacionales, principalmente de Sonora, reconstruyeron la infraestructura y el país: “Abrieron el banco central y bancos de desarrollo, pavimentaron las calles y las

carretas, introdujeron la radiotelegrafía, construyeron presas, regaron los campos y promovieron la extracción petrolera, la minería y la industria textil”.

El desarrollo de la eugenesia cobró auge en el país donde el rediseño de la nación como proyecto prioritario. Con ciertas continuidades del positivismo y el progreso del porfiriato, el discurso del movimiento eugenista tuvo un impacto importante en las décadas posteriores al término de la revolución. Stern (2002: 295) en su trabajo sobre la eugenesia y el nacionalismo mexicano, entre los años de 1920 a 1940 se caracterizó por la idealización del mestizo, al cual se pretendía homogenizar e integrar al proyecto de nación:

Concebida en forma definitiva primero por el agrarista Andrés Molina Enríquez en 1909, en *Los grandes problemas nacionales*, y posteriormente por el indigenista Manuel Gamio y el Educador José Vasconcelos, la metonimia nacional del mestizo – quien fusionaría todas las “razas” existentes en un tipo híbrido superlativo- fue acogida por los eugenistas mexicanos. Esta mestizofilia, sin embargo, estuvo plagada de múltiples contradicciones, ya que la “reivindicación de una raza de color” estuvo fundamentada en “teorías diseñadas para legitimar el imperialismo de la raza blanca”.

En la década de 1940, los eugenistas y sus principios formaron parte de la extensión de la asistencia social del Estado, incorporando sus conocimientos sobre la administración de la salud, la educación y cárceles. El principal ejemplo de la influencia de la eugenesia fue la campaña de medición en las escuelas, donde la antropometría y psicometría fueron utilizadas para discernir entre lo normal y lo anormal, para conocer qué tan atrasada y subdesarrollada estaba la población infantil mexicana. Uno de los objetivos de estos estudios fue crear una estadística nacional que permitiría establecer acciones para resolver el “problema” de las deficientes características físicas y de crecimiento en los niños mexicanos, así como catalogarlos de “normales” o “anormales”. Al respecto, Alberto del Castillo (2006) describe que la intención de estos estudios es que a través de ellos se lograría la modificación de algunos de los caracteres físicos de la etapa infantil, lo cual implicaba enriquecer la perspectiva médica con estudios de carácter antropológico.

Uno de los objetivos del nuevo gobierno fue resguardar la salud de la población, obviamente incluidos los niños. En primer lugar con el objetivo de resarcir las pérdidas de vidas ocurridas durante el enfrentamiento, pero el segundo y más importante era perfilar el futuro del país con ciudadanos saludables. Así, fundamentado en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y resaltando la importancia de la prevención, el Estado retomó algunas de las propuestas y estrategias aplicadas en el porfiriato, pero pretendiendo desarrollarlas en un contexto de justicia e igualdad.

Durante el Primer Congreso Mexicano del Niño, en 1921, se establecieron como conclusiones algunas directrices para el desarrollo de los niños, mismas que claramente están permeadas de la filosofía eugenista:²⁸

II.- Siendo un recurso de mejoramiento de la raza humana, un medio positivo de defensa social contra el crimen y un factor de alivio económico para el Estado, el Primer Congreso Mexicano del Niño, propone, que previo el estudio de los detalles relativos, se acepte en nuestra leyes la asexualización de los criminales y otros degenerados, como medida de profilaxis.

III.- La sección recomienda como puntos de particular interés:

- (a) La investigación científica de los problemas biológicos de la ciencia en nuestro medio, particularmente el mendelismo.
- (b) La enseñanza post-escolar de la Eugenia, especialmente en la mujer mexicana.
- (c) La conveniencia de modificar nuestra ley de inmigración en lo que ésta significa para el mejoramiento de la raza.
- (d) La práctica afectiva de la profilaxis de la sífilis hereditaria.
- (e) La sección de Eugenia, opina, que el certificado de sanidad para contraer matrimonio, al que se refiere la Ley de Relaciones Familiares, debe ser obligatorio y no potestativo.

Castración a criminales, desarrollar la investigación sobre problemas congénitos de desarrollo, enseñanza de los principios eugenéticos, la promoción de la migración para el mejoramiento de “la raza” y el matrimonio civil obligatorio, fueron objetivos cimentados en la eugenesia en México. Entre otros de las metas que se establecieron durante este importante congreso fueron: educar a la madres con preceptos relativos a la higiene de

²⁸ Memoria del Primer Congreso Mexicano del niño. Patrocinado por "El Universal", México 1921.

la dentición y los peligros de la vulgar creencia de que las enfermedades que coinciden con ella en los niños son debidas a la erupción del diente, copiar de Francia y Estados Unidos los procedimientos seguidos para la defensa de los niños mexicanos, usar los medios de difusión para su educación en cuanto a higiene y normas civiles, tales como proyecciones de películas educativas, conferencias, letreros, llamando su atención y promoviendo su inteligencia.

La primera fuente que presento para validar lo dicho líneas arriba, es el Decálogo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, la cual como puede verse en la siguiente lista, también se ocupa de la protección del menor de manera integral, señalando los derechos del Niño²⁹ como:

- Todo niño tiene derecho a descender de padres responsables y sanos; estos es, a una ascendencia saludable física y moralmente, que garantice una vida de familia organizada.
- Todo niño tiene derecho a ser sustentado por su propia madre, debiendo disfrutar de alimentación adecuada y dirigida.
- Todo niño tiene derecho a la salud y a la protección contra las enfermedades; y a jugar bajo el sol, a la luz y al aire libre.
- Todo niño tiene derecho a recibir una educación moral en conexión con los intereses de sus semejantes, contando con lardes (sic) comprensivos y maestros idóneos.
- Todo niño tiene derecho a la protección económica previsora, mereciendo disfrutas (sic) en su futuro de las satisfacciones a que por sus esfuerzos se haya hecho acreedor.
- Todo niño, como ser humano, tiene derecho a la tierra en que vive para disfrutar de los atributos que le proporcionen bienestar.
- Todo niño tiene derecho a ser respetado y orientado en pensamiento, y a determinar su propia conducta sin lesionar los intereses de los demás.
- Todo niño tiene derecho a recibir la preparación adecuada, para desempeñar más tarde un trabajo en relación con sus aptitudes, remunerado de acuerdo con su eficacia y necesidades, que le permita disfrutar de una vida confortable.
- Todo niño tiene derecho a la felicidad preparándosele para ser útil a sus semejantes, al percibir la parte de responsabilidad que le corresponde.
- Todo niño tiene derecho a la protección de las Leyes y a intervenir más tarde como ciudadano en la organización de la vida social, para lograr el bienestar público.

²⁹ Boletín No. 2, México, D.F., 20 de Septiembre de 1956, AHSS, Sección: Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, Vol. 55, Exp. 1, Fecha: 1956-1959, ff: 43-44.

Este documento a pesar de no ser un listado oficial que posteriormente se utilizara como ley o precepto de ley, sí nos muestra algunas de las representaciones higiénicas relacionadas con la niñez y la infancia. Todas ellas desde un punto de vista positivista, es decir, promueven la felicidad del niño como valor principal, pero al mismo tiempo incluyen ideales particulares, algunos de ellos vigentes hasta el día de hoy, como la lactancia. Identifico los siguientes:

1. Ideales familiares relacionados con una familia compuesta por la madre y el padre.
2. Promoción de la alimentación materna, como alimento ideal para esa etapa de la vida.
3. El derecho a la salud y a recibir campañas de prevención de enfermedades, entiéndase vacunación, alimentación, campañas de higiene escolar, etcétera.
4. Educación moral acorde a los lineamientos sociales establecidos, mismos que permitirán a los niños ser buenos ciudadanos.
5. La relación de esfuerzos/recompensas, es decir, las acciones positivas de los niños y los ciudadanos tendrán recompensas sociales como reconocimiento social, económico y prosperidad.
6. Derecho de acceso a la tierra como medio de vida.
7. Derecho a la educación escolarizada.
8. La necesidad de transformar a los niños en seres útiles a la sociedad.
9. Derechos civiles y participación política.

La segunda fuente relacionada con una visión positiva hacia los niños es la que se presenta en el informe y planeación de actividades futuras, de la Quinta Convención

Nacional de Protección a la Infancia, celebrada en septiembre de 1963,³⁰ la cual cito a continuación:

(...) la niñez está considerada como la verdadera riqueza de nuestro país y por lo tanto, demanda de las generaciones adultas la grave e indeclinable responsabilidad de contribuir por cuantos medios tengan a su alcance, unificando los recursos de cooperación disponibles, a fin de que los niños cuenten con todo lo que requieren para su armónico desarrollo físico, intelectual, cívico y moral.

Ese cuidado especial pleno de responsabilidad y de ternura que requiere el niño, representa para México la extraordinaria oportunidad de asegurar su destino, mediante la formación de generaciones fuertes y preparadas que mantengan y aceleren el ritmo de progreso de la nación, en su marcha ascendente hacia la justicia y el bien común.

Este documento es reflejo de la relevancia del crecimiento demográfico en México, lo que conlleva problemáticas que solucionar a corto, mediano y largo plazo, como la pobreza y la salud infantil. Entre los ideales citados puedo nombrar:

1. La responsabilidad de los adultos sobre el desarrollo integral del niño, es decir, en sus manos se encuentra no sólo se crecimiento físico, sino también el psicológico y moral de cada niño.

2. La necesidad de ternura de parte de quienes rodean al niño durante su crecimiento. La crianza de un niño, ya no significa asegurar su desarrollo físico, sino que debe contar con la calidez y apoyo emocional de los adultos.

3. Asegurar el destino próspero de los niños, para al mismo tiempo mantener y acelerar el progreso de la nación, buscando siempre el bien común a través de los ideales nacionales.

³⁰ Informe y planeación de actividades futuras, Diario de la II Convención, Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán, Mérida, Yucatán, Vol. 1, No. 2, 24 de abril de 1964, Biblioteca Yucatanense, p. 6. Texto completo en anexos.

Después de la revisión de estas tres fuentes resaltan los ideales del estado con respecto a la niñez han cambiado no de manera profunda pero si discursiva, y una de los principales cambios revelados a través del material presentado es que mientras en 1923, el estado pretendía responsabilizarse de la niñez, en 1963 se presentaba como responsabilidad de todos los adultos. Es también importante resaltar que durante estos años el siglo XX, los niños nunca dejaron de ser sujetos vulnerables y poseedores del futuro de la sociedad.

La tercera fuente que presentó es el recuento de lo abordado durante el VII Congreso Panamericano del niño, presentado por el Dr. Ezequiel Teyssier,³¹ que critica severamente, como podemos observar:

El Congreso del Animalito. Por el Dr. Ezequiel Teyssier (Tomado de *Nuevas Ideas*)

En el VII Congreso Panamericano del niño hubo de todo.

(...) Se habló de un trabajo creador, de *una raza mejor*, siguiendo su camino eugenésico a base de exterminación, pero no se abordó el problema de la inmigración que es el único medio factible y rápido de resolverlo cuando tenemos 14,000.000 de indios que tienen hijos por accidente y absorben a la raza blanca o la desplazan. No se tomaron en cuenta las facilidades de vida y de toda naturaleza que los proporciona el gobierno que sacrifica a la raza blanca y a la población de las ciudades, como acontece en el caso de los bancos, de crédito agrícola, en el provecho exclusivo del indio.

Se insinuaron muchos medios de hacer sanos a los niños, pero nadie pensó en la forma de financiarlos y de hacerlos factibles aunque sea sustrayendo al infeliz niño de las garras de la miseria (...); se dijo de salubridad, pero descuidó de iniciar rápida y decidida campaña demoledora de las casa de vecindad, verdaderos antros donde los inquilinos viven en las condiciones más a propósito para enfermarse del alma y del cuerpo, ni de iniciar o proseguir la construcción de viviendas higiénicas.

En fin, en el VII Congreso Panamericano del Niño, sin desconocer el mérito científico de algunos trabajos originales médicos y muchos de tijera, nos encontramos con que el asunto del *niño* desde el punto de vista de tal, se trató en la forma que pudieran hacerlo los criadores de animales, replicando métodos eugénicos sin tener en cuenta ni al hijo, ni al padre, ni al ciudadano.

No se ha juzgado al niño como a un ser humano dotado de cuerpo, que tendrá inteligencia y voluntad y con la misión de vivir en sociedad, sino como un animal.

Yo le llamaría: *El Congreso del Animalito*.

³¹ La Farmacia, Ciudad de México, 15 de noviembre de 1935, Hemeroteca Nacional Digital de México, pp. 411-414.

La crítica del Dr. Teysser va encaminada al desconocimiento de los médicos y autoridades que participaron en el congreso acerca de la realidad mexicana y las condiciones de la infancia y en general de la sociedad. Quedarse en el discurso sin proponer mecanismos concretos para la difusión de los principios eugenésicos que ayudarían al desarrollo positivo de la nación fue la constante en los trabajos presentados.

En el gobierno post revolucionario se esperaba que con la aplicación de políticas y campañas eugenésicas y la difusión de hábitos de higiene y educación, los sectores más vulnerables de la población podrían mejorar sus condiciones generales. En un contexto de prejuicios raciales y discriminatorios, la eugenesia y el higienismo se sustentaron en argumentos científicos con el objetivo de erradicar los que eran considerados “problemas sociales” como los vicios, la prostitución y la mala higiene en general. A continuación abordaré la condición demográfico y de morbi/mortalidad de la infancia en México a principios del siglo XX, con la intención de presentar el contexto de salud-enfermedad en el cual, las políticas, programas y campañas dirigidas a la salud de los niños fueron desarrolladas. Dichas acciones consolidaron las corrientes científicas e ideológicas que aquí abordé, con la intención de presentar el discurso y su congruencia con las acciones concretas que el Estado avalado por la medicina y otras ciencias tuvo.

3. Acciones en salud pública dirigidas a la infancia

El objetivo de este capítulo es presentar las condiciones de la infancia en cuanto morbilidad y mortalidad en México y de forma particular en Yucatán a principios del siglo XX, abordando las causas generales de los decesos, las enfermedades más comunes y las condiciones de salud en el primer apartado.

Estas acciones, serán analizadas en el último apartado. Políticas que fueron instauradas con el objetivo de proveer a la incipiente nación mexicana de ciudadanos sanos y conscientes, tal como lo establecían las corrientes internacionales, las cuales, de cumplirse pondrían al país en la carrera del tan anhelado desarrollo social, económico y político. Para comenzar, pasemos a la revisión de las condiciones demográficas de la población infantil en México y en el estado de Yucatán.

Perfil demográfico y morbi/mortalidad infantil en México y Yucatán.

La salud infantil en el periodo posrevolucionario se caracterizó por la presencia de una mezcla entre enfermedades infecciosas y parasitarias las cuales causaban casi el 50% de la mortandad entre niños, sumada a un 20% de muertes por padecimientos respiratorios. Las reacciones del Estado ante esta situación pueden definirse en el ámbito médico y el educativo a través de distintas estrategias higiénicas y terapéuticas dirigidas a diferentes sectores de la sociedad, entre las que destacan programas de vacunación, alimentación infantil, cuidados maternos y lactancia, mismas que abordaré más adelante.

Desde el último cuarto del siglo XIX, el factor demográfico comenzó a ser de interés con la idea de que gobernar es sinónimo de poblar (Castillo, 2006). En este contexto, la mortalidad infantil comenzó a verse como un problema político y cultural. Es decir, como un reflejo de las pésimas condiciones de la población y por ende la incapacidad de sus líderes para llegar hacia el tan deseado desarrollo. Consuelo Sosa (2009: 52) señala cómo la existencia humana se convirtió en un recurso nacional, los nacimientos y el

mantenimiento de la vida resultaron prioritarios para el crecimiento político y económico, en particular la niñez sustentada por la medicina:

Estas vidas se debían atesorar con el mayor celo posible por razones humanitarias y de estrategia política y económica. En este contexto, los médicos mexicanos hicieron de la mortalidad infantil su temática de estudio por excelencia.

Para la comunidad médica, el óbito de la niñez se conceptuó como un hecho biológico, mas no natural. A lo largo del discurso médico este fenómeno se significó socialmente. La muerte se convirtió en un objetivo de reflexión médica, investido con sentidos políticos y económicos, así como morales y sociales. Así, el doctor José María Reyes, uno de los más prestigiados investigadores finiseculares del hecho de la mortandad de la niñez en la ciudad de México, sostenía que ésta es: [...] un problema complejo que entraña muchas cuestiones de higiene pública, privada y administrativa, cuyos resultados no sólo afectan los sentimiento humanitarios, sino que se ligan íntimamente con la prosperidad de las naciones, pues es un deber de todos cuidar del aumento de la población.

Específicamente la mortalidad en la primera infancia, en las primeras dos décadas del siglo XX, en México y el mundo, según dicta un trabajo publicado en la Gaceta Médica de México (1925: 820-826), sin autor, se debía combatir durante el embarazo y se responsabilizaba a la ignorancia y malas condiciones generales de los padres, específicamente de las madres:

La razón es que los padres son enfermos, que no han recibido toda la atención que necesitan; que la madre especialmente, no ha sido protegida y cuidada con oportunidad, durante el embarazo y el parto. La falta de recursos de la madre, el exceso de trabajo, la fatiga, la ignorancia, son otras tantas causas de mortalidad, para el niño, en sus primeras semanas de vida.

Los niños que mueren a pocos días de nacidos, vinieron al mundo sin defensas para la lucha de adaptación; su capital vital estaba precedido del signo menos; representan una sucesión cuyo activo exiguo desapareció cuando el medio exterior hizo efectivas las primeras exigencias; seres que sucumbieron en el esfuerzo mismo para realizar la ecuación de la vida. (En Francia) Los niños nacidos prematuramente, y atacados de debilidad congénita, dan una proporción notable de muertes.

Las principales causas de morbilidad (enfermedad) y mortalidad (fallecimientos) en menores en toda Latinoamérica, eran más o menos las mismas,³² esto dadas las similares condiciones biológicas, sociales y económicas imperantes. Los doctores Manuel Aveleyra, Samuel Inclán, Josefina Parra y otros, presentaron en 1964, durante el Coloquio latinoamericano sobre el conocimiento del niño, las principales causas de enfermedad y fallecimiento en los menores:³³

En resumen, hallamos que, entre las principales causas de morbilidad infantiles en todo Latinoamérica, están las infecciones del aparato digestivo (diarrea), del aparato respiratorio (bronconeumonías e influenza), las llamadas enfermedades propias de la primera infancia (entre éstas se destacan las infecciones neonatales, que son las que ocurren generalmente, dentro de las primeras cuatro semanas de la vida), y otras enfermedades infecciosas del tipo de la tos ferina, el sarampión, el paludismo, la viruela, el tétanos, la tuberculosis, la sífilis, etc.

Santana Juárez y sus colaboradores establecen tres etapas de la mortalidad infantil, específicamente en el Estado de México, pero las considero representativas de las condiciones en otros estados. La primera etapa Revolucionaria (1900-1940) es aquella donde imperaron las enfermedades infecciosas, con tasas de mortalidad y fecundidad altas. La segunda es mixta, con enfermedades infecciosas y crónico degenerativas entre 1940 a 1970, con un descenso paulatino de la mortalidad. La tercera y última es la industrial, en donde se hizo el cambio de enfermedades infecciosas a las crónico degenerativas (1970-2000) con bajas tasas de mortalidad y bajas de fecundidad. Puede verse que la mortalidad infantil, según este autor responde directamente a los contextos

³² En Europa la situación de la mortalidad materna era, según Margaret Jones (2002: 278): *The immediate causes of maternal mortality were the same clinical factors as in Britain, although at the beginning of the period a lack of precision is evidente. The 1906 Registrar General's reports lists puerperal convulsions as the cause of 1,007 out of 1,951 registered deaths in Ceylon, followed by 891 deaths attributed to undefined accidents of childbirth. By 1911, greater sophistication of diagnosos is evidente, with puerperal septicaemia, eclampsia, and haemorrhage being listed*".

³³ Aveleyra, Manuel, Samuel Inclán (*et.al*), "La protección del niño contra las enfermedades", presentación durante el Coloquio latinoamericano sobre el conocimiento del niño, Secretaría de Educación Pública, Centro Internacional de la Infancia, México D.F., 1964, p. 86.

políticos, económicos y sociales del país, es decir, un país en malas condiciones no asegura el óptimo desarrollo de sus niños.

La mortalidad infantil puede entenderse en dos momentos posibles: la mortalidad neonatal, es decir la relacionada con las muertes de nacidos vivos o menores de 28 días. La mortalidad posneonatal, donde la población de riesgo es mayor a 28 días de nacido y menos de dos años de edad (Narro y Ponce de León, 1979: 282). Durante el primer periodo, de forma general pueden señalarse las malformaciones congénitas o alteraciones genéticas, los trastornos del funcionamiento en la relación madre-producto como “en el caso de la isoinmunización maternofetal y las dificultades alrededor del momento del parto como en los casos de desproporción anfalopélica” (Narro y Ponce de León, 1979: 282). La mortalidad posneonatal, es asociada con el ambiente externo del individuo, por ejemplo la falta de higiene, el deficiente estado nutricional, las infecciones y los accidentes.

Son dos momentos críticos de la infancia, al momento de nacer y durante los dos primeros años de vida. Las amenazas a la salud y vida van transformándose conforme la biología corporal va cambiando. Con esto en mente, la estadísticas del país en cuanto a infancia se refieren fueron sustentadas, por un lado a través de la ciencia, por otro, con ayuda de las políticas públicas. A continuación con éstas dos vertientes consideradas, presento el cuadro 2, con datos sobre la tasa de mortalidad infantil en México de 1896 a 1966, el cual analizaré posteriormente. Este cuadro fue tomado de Cordero (s/a: 209)

Cuadro 1. México: Tasa de mortalidad infantil

Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa
1896	309.0	1926	209.4	1946	110.6
1897	376.7	1927	193.0	1947	96.4
1898	286.9	1928	193.4	1948	101.7
1899	312.5	1929	167.6	1949	106.4
1900	286.8	1930	131.6	1950	96.2
1901	266.4	1931	137.8	1951	98.8
1902	331.9	1932	137.5	1952	89.8
1903	310.1	1933	139.3	1953	95.2
1904		1934		1954	
1905		1935		1955	
1906		1936		1956	

1907	266.8	1937	130.3	1957	80.5
1908	286.7	1938	125.7	1958	83.3
1909	318.5	1939	130.8	1959	71.0
1910	310.6	1940	130.8	1960	80.1
1911-21	288.1	1941	128.0	1961	80.1
1922	294.3	1942	122.6	1962	74.4
1923	323.1	1943	125.7	1963	74.2
1924	-----	1944	123.0	1964	70.2
1925	223.1	1945	118.2	1965	69.9
	222.4		117.2	1966	68.5
	232.2		113.5		64.5
	215.9		107.9		60.7
					62.9

Fuente: Secretaría de Industria y Comercio. Dirección General de Estadística. Anuarios estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos, 1958-1959 y 1964-1965.

Tal como mencioné en la introducción y cómo se observará a lo largo del trabajo, las tesis de los médicos proporcionan una interesante información sobre datos y consideraciones cualitativas que otras fuentes no presentan, así como los puntos de vista generales que eran compartidos por la comunidad médica de la época que las vio nacer. Aunque cabe aquí señalar también que contienen cierta subjetividad, ya que por un lado contribuían científicamente con sus análisis, también muestran datos empíricos que reforzaban una lectura moralista y conservadora de la época. En los estudios de mortalidad y morbilidad, ocurre lo mismo. Como indica Castillo (2006: 82):

Tal es el caso de atribuir los altos índices de defunciones infantiles exclusiva a la “ignorancia” y la “brutalidad” de los grupos populares o incluso a la “exacerbada sensualidad” de amplios sectores de la población, que los llevaba a cometer el “pecado” de sostener relaciones sexuales durante el embarazo. Una parte importante del discurso reformista de los médicos descansaba sobre una serie de creencias y convicciones religiosas novohispanas, asunto que resulta necesario tomar en cuenta para matizar el proceso de modernización en el país en el cambio del siglo XIX al XX.

Entre 1896 y 1910 previo a la Revolución la tasa de mortalidad infantil muestra sus niveles más altos y una notable oscilación entre el mínimo de 266.4 en 1901 y el máximo

de 376.7 durante el año de 1897. Claro que el registro de estos datos pueden ser irregulares, y tal vez hasta legitimadores para la lucha armada, durante la cual, entre 1911 y 1921 no existieron registros al respecto. De 1897 a 1909 ocurre una disminución, la cual puede deberse a la incipiente industrialización, aunque sólo haya sido beneficiada un sector de la población, siempre tendrá ponerse en tela de juicio la confiabilidad de los datos.

Entre 1909 y 1923 la tasa de mortalidad infantil tiene uno de los cambios más significativos. Las cifras hablan de una disminución del 75.9% al descender de 323.1 a 222.4 defunciones de menores. En los años siguientes la tasa de mortalidad continuó descendiendo con decrementos del 15.0, entre 1930 y 1940, de 18.8 y 27.5% en los dos decenios siguientes y 14.1 entre 1960 y 1965. En esta última fecha, la tasa de mortalidad infantil representa sólo el 19.3% de la observada en promedio en 1897 y el 43% de la de 1930.

En Yucatán en la década de 1920, las tasas de mortalidad infantil eran más bajas que el promedio a nivel federal como puede verse en la tabla 2.³⁴ Pero esto no debe traducirse como si, Yucatán haya sido un lugar privilegiado en cuanto a salud infantil. Más bien, debe considerarse que la situación en el resto de país era de suma gravedad, y así lo aclara Carlos Menéndez (1981: 161): “Lo descrito apunta a señalar que las condiciones del país son peores que las de Yucatán; y no que las de Yucatán son buenas”.

Tabla 2. Mortalidad infantil en Yucatán, tasa por mil nacidos vivos registrados

Año	E.U Mexicanos	Yucatán
1922	223.08	160.59
1930	131.64	164.42
1940	125.68	121.30

³⁴ Los datos de la tabla fueron resumidos, con el objetivo de presentar una idea más concreta de la diferencia en las tasas de México y Yucatán.

Fuente: Menéndez Eduardo, *Poder, estratificación y salud*, 160.

Esta “mejor” condición en el estado tuvo como antecedente la riqueza henequenera, la cual permitió un ambiente favorable en cuanto a infraestructura e implementación de políticas sanitarias. Posteriormente, en el gobierno constitucionalista se intentó implantar modelos “progresistas” a la cultura yucateca. Savarino señala que el proyecto revolucionario de Alvarado (1997: 334) tuvo una naturaleza interna, buscando la modernidad:

Contrariamente a lo que han afirmado eminentes investigadores, el proyecto revolucionario de Alvarado no vino “desde afuera”, sino “desde dentro”, del seno de la sociedad yucateca.

Este proyecto se articulaba en dos principios: fortalecer al máximo el poder del Estado para que éste llevara a cabo la modernización mediante un dirigido capitalismo liberal, y el de impulsar el nacionalismo y la integración de los sectores indio-campesinos, acabando con el “atraso” del mundo rural. Esto implicaba, entre otras cosas, el ataque de desarrollo social propio e irreductible frente a la pretensión exclusivista del nuevo Estado nacionalista.

En el año de 1922 la diferencia en la tasa de mortalidad es más significativa que los siguientes años, esto podría ser interpretado tal vez como que la salud pública y las políticas de atención a la infancia, tuvieron un desarrollo e impacto más importante en el resto del país, que en el estado peninsular. La ciudad de Mérida, durante las primeras décadas del siglo XX, atravesó por un vertiginoso aumento en su población. Según los datos de censos de población (Servicios de Salud, 1993: 101), en el año de 1900 la población en la capital del estado era de 309 652 habitantes y en la década de 1940 se registró la cantidad de 418 210 y en 1950, existían ya 516 899.

Dicho aumento requirió de transformaciones tanto físicas como de servicios en la creciente ciudad, la extensión de servicios médicos en el ámbito rural, el aumento en el número y una mejor distribución de médicos por todo el estado como lo muestra el tabla 3, las campañas federales contra tuberculosis y tosferina y la dotación de agua potable a

mayor número de viviendas de todo el estado,³⁵ fueron algunas de las acciones que contribuyeron a este aumento demográfico.

Tabla 3. Proporción de médicos y población en el estado de Yucatán.

Año	No. Médicos	Población	Proporción
1900	117	309 582	1: 2 646
1910	192	339 613	1: 1 768
1920	215	353 486	1: 1 644
1930	231	386 096	1: 1 671
1940	390	418 210	1: 1 072
1950	425	516 899	1: 1 216
1960	518	614 049	1: 1 185
1970	730	758 355	1: 1 038
1980	1000	1 063 733	1: 1 063
1990	1400	1 362 940	1: 973

Fuente: Servicios Coordinados de Salud Pública, *Monografía sobre la Salud Pública de Yucatán*, 184.

La conformación de este escenario se debió al crecimiento económico de Yucatán, debido principalmente al desarrollo de la producción henequenera, que permitió la consolidación de la oligarquía yucateca y su participación en un mercado mundial. Junto con esta transformación, la ciudad también cambió gracias a los empresarios que deseaban mostrar su nivel económico a través de grandes acciones urbanas como el Hospital Dr. Agustín O'Horán, la penitenciaría Juárez, pavimentación de las calles

³⁵ Menéndez, señala que en el año de 1906 se instaló en Mérida el primer depósito de agua potable con una capacidad de 1 500 000 litros, el cual bastecía únicamente 12 manzanas, mismo que fue ampliado hasta 1913. "Esta situación permaneció estable hasta la década de 1940, cuando se extendió el servicio, llegándose en 1946 a completar 15 mil metros de tubería" (Menéndez, 1981: 226).

principales, la creación el paseo de Montejo con influencia francesa y la instalación de alumbrado público. Todas estas acciones iban encaminadas no sólo para mejorar las condiciones generales de la población y la salud pública sino también para reafirmar la idea proveniente de Europa, donde la salud de la población era fiel indicador del desarrollo económico y político de la nación que los contiene.

Como en el resto del país, el mejoramiento que trajo consigo el porfiriato no fue homogéneo para todos los sectores de la sociedad en Yucatán. Fuentes y Rosado señalan que por lo que a la ciudad de Mérida se refiere: “A pocas cuadras del centro el panorama urbano era radicalmente distinto: zonas sucias, callejuelas pedregosas con charcas pestilentes, flanqueados por humildes casas de paja carentes de todo tipo de servicios urbanos” (Fuentes y Rosado, 1977: 8).

Pero antes de llegar a estos niveles de desarrollo, el pueblo yucateco atravesó situaciones dramáticas, sobre todo en relación a la salud de sus niños. Entre las causas de mortalidad durante los primeros seis años de vida de los menores, hasta la primera mitad del siglo XX, pueden establecerse en orden de frecuencia, siguiendo a Ramos Galván las siguientes: gastro-enteritis, enteritis, enterocolitis, bronconeumonía, bronquitis, debilidad congénita, meningitis, atrepsia, infección intestinal, sífilis, disentería, caquexia, sarampión, coqueluche³⁶ y avitaminosis (1938: 15).

Esta última, aunque no era diagnosticada como una enfermedad *per se*, se consideraba como un padecimiento común, ya que casi “el 90% de los niños menores de seis años se encuentran mal alimentados en la C. de Mérida” (Ramos Galván, 1938: 40). Esta situación no era limitada al ámbito urbano. Entre las causas que predisponían a esta situación de mala alimentación, podemos citar las siguientes: las deficiencias en calidad y cantidad de los alimentos,³⁷ la poca higiene en la preparación y distribución de los mismos, falta de higiene infantil y prenatal, la pésima calidad de las aguas de consumo público y las condiciones climatológicas particulares de la región. Los ya citados Fuentes

³⁶ Tos ferina.

³⁷ La alimentación general de los niños se basaba en atole de maíz, tortillas de maíz, frijoles, chile, café, chocolate con agua y galletas o tostadas de maíz (Ramos Galván: 1938: 44).

y Rosado (1977: 15) establecen las causas de defunción en niños, desde 1880 hasta 1910, como sigue:

Tabla 4. Causas de defunción entre los menores de edad, en el estado de Yucatán.

Distribución de las causas de defunción entre los menores de edad por año (1880-1910)													
CAUSAS DE DEFUNCIÓN													
Año	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
1880	5	135	172	371	5	34	7	33	1	1	0	4	768
1885	18	109	232	432	1	47	7	82	1	2	0	9	940
1890	3	95	443	183	4	51	19	26	3	2	0	3	832
1895	3	155	349	442	0	67	7	91	0	1	0	21	1136
1900	4	235	1094	61	10	50	11	17	0	1	1	10	1494
1905	7	270	954	59	10	52	14	9	2	2	2	14	1395
1910	7	215	672	37	8	24	17	5	2	0	2	4	993
Total	47	1214	3916	1585	38	325	82	263	9	9	5	65	7558
%	0.62	16.06	51.82	20.97	0.50	4.30	1.08	3.48	0.12	0.12	0.06	0.86	
Causas de defunción: 1 mortalidad perinatal; 2. enfermedades infecciosas; 3. causa atribuida a los síntomas; 4. parasitarias; 5. de la nutrición; 6. traumáticas; 7. no infecciosas; 8. raras en niños y jóvenes; 9. tumorales, 10. alcoholismo crónico, 11. atribuibles a causas diversas.													

Como es hasta el día de hoy, las enfermedades infecciosas, en el sistema respiratorio y gastrointestinal son causas principales de muerte en los menores. esto puede atribuirse a tres razones: la mala higiene, la mala alimentación que se traduce en bajas defensas y la tolerancia a los antibióticos. No puede negarse la reducción y transformación de las enfermedades, pero es importante destacar la permanencia de las infecciones en los primeros lugares. Estos autores, Fuentes y Rosado (1977:15) también proporcionan información sobre la distribución de la población menor de edad fallecida según sexo y origen étnico, según lo presentado en la tabla 5. Puede verse que los niños definidos como “españoles” fallecían en mayor número, es probable que se debiera a la poca resistencia a los virus y bacterias de la región.

Tabla 5. Distribución de la población menor de edad fallecida según sexo y origen étnico (1880-1910).

Origen étnico	Masculino	Femenino	No esp.	Total
Español	2 132	1872	0	4 004
Indígena/mestizo	1361	1252	0	2 613
No específico	516	418	7	941

Ya para la década de los años treinta, Rafael Ramos Galván describe en su tesis de licenciatura la dieta infantil en la ciudad de Mérida y toda la región peninsular, misma que adolece de visibles deficiencias (Ramos Galván, 1938: 44):

En un niño de tres años, durante toda la semana:

Desayuno: Atole de maíz y agua. Tortillas de maíz [sic] (3 ó 4).

Comida: frijoles (un plato). Tortillas de maíz (6 ó 7). Chile.

Cena: Café solo (una taza). Tortillas de maíz (4 ó 5).

En el caso observado se substituyó el plato de frijoles por un huevo en una ocasión; por una ración de carne de res en otra y por una ración de carne de cerdo en una tercera. También este régimen se repitió largo tiempo sin variaciones.

En un niño de seis años de edad, durante toda la semana:

Desayuno: Café con agua. Tostadas de Maíz.

Comida: Frijoles (Un plato). Tortillas de maíz (8 ó 10). Chile.

Cena: Atole de maíz en algunas ocasiones adicionado de tostadas de maíz.

Una dieta basada principalmente en maíz y frijoles da como resultado distintos niveles de desnutrición, misma que en la década de los años treinta tuvo un incremento preocupante para los médicos que atendían estos casos. Esto lo prueba la ponencia presentada en el Primer Congreso Médico Peninsular, en el año de 1933, por el Dr. Alvar Carrillo Gil (1944, 89) acerca de la xeroftalmia³⁸ producida por la desnutrición en el estado de Yucatán:

El aumento de los casos de esta carencia ha llamado la atención de otros médicos que ejercen en esta región: los oculistas han visto muchos más enfermos de

³⁸ Ojos secos y opacidad en la córnea.

xeroftalmía este año que nunca. El Dr. Ignacio E. Peón, que atiende un consultorio gratuito concurrido por gente sumamente pobre de esta ciudad, ha observado el notable aumento de niños enfermos de xeroftalmía y ha establecido la donación de aceites de bacalao como rutina para los enfermos que ocurren a este centro, casi todos desnutridos. En la consulta de la institución Pro Infancia, concurrida también por gentes pobres, hemos visto un aumento marcado de xeroftálmicos.

El grado de desnutrición y una oportuna atención médica jugaba un papel determinante entre la vida y muerte de un niño. Así, continuando con la ponencia del Dr. Alvar Carrillo acerca de la xeroftalmia por deficiencias alimenticias, retomamos uno de los casos clínicos que se mencionaron en el Congreso, mismo caso que permite conocer la gravedad de la situación (Carrillo Gil, 1944: 103):

Caso clínico de xeroftalmia y desnutrición. "Núm. 5.- L.L., de tres años de edad. Llega a la sala de Infancia en estado lamentable: extrema desnutrición, edemas, tos, palidez intensa, disentería crónica con 10 a 15 deposiciones de aspecto moco=sanguinolento y purulento; oftalmía bilateral, queratitis con sendas ulceraciones que cubren las pupilas; la ceguera que antes era crepuscular, ahora es absoluta por las ulceraciones de las córneas. Durante más de dos meses se hace lo posible por mejorar el estado intestinal que es grave; se procura al niño una alimentación favorable por la leche de vaca, la fruta fresca, legumbres, sopas, aceite de hígado de bacalao parental primero, y después por la boca. Con lentitud desesperante el estado general se va mejorando; las evacuaciones intestinales dejan de ser purulentas, sanguinolentas y mucosas, los edemas desaparecen, la fuerza muscular vuelve y el niño llega a caminar. Las úlceras de la córnea se reparan dejando una cicatriz lineal y vertical que no obstante estar en el campo pupilar permiten una visión suficiente. Caso muy grave con ceguera que se repara".

Al respecto y aunque el estudio de Bonfil Batalla fue publicado en la década de los sesenta (1962 específicamente) los datos que presenta son útiles para conocer de forma más detallada el problema de la deficiente alimentación y nutrición en la población rural en Yucatán, incluyendo obviamente la infantil. Hay que reconocer que la desnutrición puede tener muy diferentes consecuencias negativas como minimizar la capacidad para las jornadas laborales, tener menos resistencia a las enfermedades, aumentar la tasa de mortalidad, y en general mermar las capacidades físicas e intelectuales de los individuos, aquí radica su importancia.

A continuación presentaré algunos fragmentos que Bonfil presenta en relación a la alimentación durante y después del embarazo, así como los primeros años de vida de los infantes. con el objetivo de presentar de forma general, la ingesta de alimentos para tener una idea más clara de la dieta en Yucatán. Para comenzar, Bonfil (2006: 130-132) señala que según las creencias, la mujer embarazada puede comer lo que se antoje: “si es pobre puede comer lo que haya”, cuidar el agua de beber, hirviéndola previamente y evitar los trabajos pesados. Durante el periodo de los ocho o nueve días después del parto (puerperio) la madre se encierra dentro de su casa y es en este periodo donde la dieta debe ser principalmente y de manera idónea gallina sancochada o huevo en ceniza (no cocido directamente al fuego, sino debajo de las cenizas del fogón). Deben evitarse mucho alimentos como los considerados “fríos”, es decir que no han pasado por fuego: naranja agria y limón, chile verde, la carne salada, la carne de vaca, el aguacate, la guanábana, entre otros deben ser rechazados.

Ya en la infancia, la lactancia materna cobra importancia, variando su duración entre los ocho meses y dos años de edad. A los tres o cuatro meses de edad, se inicia la alimentación suplementaria (ablactación) con sopa de fideos, papillas y galletas, tomando durante el primer año agua hervida. La carne se agrega al cumplirse los dos años aproximadamente. Los primeros meses son de lactancia casi exclusiva, iniciando poco después con leche de vaca o leche evaporada (azucarada), alternando las tres cuando es posible.

Como resultado de distintas entrevistas, Bonfil señala que “En opinión de algunas madres, la leche evaporada es más nutritiva que la leche materna. <Dicen que la leche de uno es alimento –afirmaba una de ellas-; pero no tanto.. ¡Qué alimento vamos a tener nosotras!> Otras afirman que la leche materna es mejor <<porque es viva, tiene sangre viva>>” (2006: 132). La madre come cuanto pueda mientras está amamantando a su hijo, pero “afirman que enflaquecen mucho y sólo engordan cuando dejan de dar pecho” (Bonfil, 2006: 132).

Tal era la condición en la salud de la mayoría de los infantes, especialmente en el área rural, que en distintos trabajos puede observarse la denuncia del descuido del cual los niños yucatecos fueron víctimas. Por ejemplo (Gobierno de Yucatán, 1977: 393):

El tributo más grande que nuestra población, sobre todo infantil, rinde a la mortalidad, se debe al tratamiento inadecuado de enfermos que acuden al facultativo para *aliviar* una enfermedad aguda; sin ocuparse mucho de consultar sobre la higiene de la alimentación, sobre los problemas (...) es decir sobre los problemas de prevención contra las enfermedades, sobre los problemas de higiene personal.

La desnutrición exagera la frecuencia de enfermedades y la intensidad de las mismas, convirtiendo una simple diarrea en un peligroso cuadro infeccioso. De forma hipotética considero que un porcentaje importante de los niños enfermos eran atendidos en el hogar a través de remedios naturales. Esta idea la infiero por los escasos centros de atención médica y la lejanía de los mismo para la mayoría de la población en el estado, es decir, la que habitaba el medio rural. Los centros de atención gratuita a los cuales eran referidos los menores de todo el estado, eran el Hospital O’Horán, el cual tenía un departamento de cuidado infantil, el Asilo Ayala en Mérida y el Hospital Porfirio Díaz de Valladolid. Como puede verse, ya se perfilaba la concentración de la atención médica en el estado, muy presente a lo largo del siglo XX, y de igual manera hoy en día. El cuadro 2, en el cual se indican los hospitales existentes en Mérida durante dicha temporalidad.

Cuadro 2. Listado de Hospitales en Mérida a principios del siglo XX

Hospitales Oficiales	Hospital Dr. Agustín O’Horán Hospital del Niño Asilo Ayala
Maternidades	Dr. Urzaiz R. Dr. Moguel M. de O. Dr. Narváez Dr. A. Vargas.
	Rendón Peniche (FCUY) Henequeneros de Yucatán La Ibérica La Aseguradora Mexicana

Sanatorios Particulares	La Indolatina La Previsora Sanatorio del Dr. Guzmán Sindicato de Chicleros La Cruz Roja Dres. G. Capó y R. Cárdenas Torre
-------------------------	--

Fuente: Enciclopedia Yucatanense, *Tomo IV. Historia de la Beneficencia*, 389.

Los hospitales, como se verá más adelante, se convirtieron en una de las estrategias por excelencia del Estado para aminorar las pésimas condiciones de salud en la población mexicana. La creación y desarrollo de los mismos tuvo como base una transformación en los discursos científicos e institucionales sobre la infancia, los cuales fueron permeando a la sociedad. Dichos discursos serán presentados y analizados a continuación en el siguiente apartado.

Instituciones y campañas de salud dirigidos a la infancia.

Entre los años de 1925 y 1975 puede observarse un período en el cual se establecieron las bases institucionales, legales y administrativas que formarían el sistema nacional para el bienestar infantil. Entre las preocupaciones que tuvo el gobierno posrevolucionario en la primera mitad del siglo XX estaba la de ofrecer servicios de salud a la población, específicamente la infantil. Pero al mismo tiempo que otorgaban importancia a la atención de enfermedades, también se veía como un elemento indispensable de desarrollo, la creación de una cultura de higiene en cada uno de los mexicanos. ¿Cómo alcanzar estos objetivos? Las respuestas del Estado fueron, como menciona Gudiño; fomentar la formación de personal médico, apoyar y difundir la investigación científica, construir clínicas y hospitales, implementar grandes campañas de salud y programas de educación higiénica que permitieran a la población evitar enfermedades (2009: 1).

Surge por parte del Estado una preocupación por proteger a la clase trabajadora pero al no considerar al sector informal se desencadenó lo que Mena Sánchez (2010: 50) llama un vicio de origen: “Esta desigualdad generada por el naciente sistema de salud

mexicano afectó tanto en las áreas urbanas, como en las zonas rurales, sobre todo porque en estas últimas, la gran mayoría de su población carecía de un trabajo formal asegurado que le permitiera el acceso a los servicios de salud institucionales”. Puede verse que el sistema de atención a la salud en México, tuvo una base desigual, nada equitativo e insuficiente.

Por otro lado, la falta de una política eje, desde la Constitución de 1917,³⁹ en el tema de salud, y contar son solo “conjuntos cambiantes de acciones sanitarias no coordinadas, emitidas por distintas dependencias públicas, misma que han influido desigualmente en las condiciones de salud de distintos sectores de la población” (Brachet-Márquez, 2010: 345). Así, posterior a la declaración de la Constitución, inicia un período al que Jesús Kumate (1991: 5) llama de campañas sanitarias, que va de 1929 a 1943, en las que como su nombre lo dice, la prevención fue la directriz principal: prevenir la desnutrición, las enfermedades parasitarias, las infecto contagiosas y las evitables con vacunas.

Posterior a esta etapa de campañas preventivas, llega la institucional, que va de 1943 a 1958, en el cual importantes instituciones emergieron, Jesús Kumate (1991: 5) la describe como:

La II Guerra Mundial se inicia en 1939, cuando México apenas contaba con 20 millones de habitantes y un sistema hospitalario anticuado y a todas luces insuficiente. En noviembre de 1942 inicia sus labores el primer nosocomio moderno de México: el Hospital Central Militar. Al final de los años treinta dos figuras médicas, Ignacio Chávez y Federico Gómez, hacen gestiones para fundar los hospitales de Cardiología y Pediatría. En febrero de 1943, el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia se fusionan para formar la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con Gustavo Baz como titular.

³⁹ Esta Constitución aborda medidas de salud para la población en general, para la cual en sus artículos 73 y 74 retoma instituciones sanitarias del porfiriato y crea el Consejo de Salubridad General, sustituyendo al Consejo Superior de Salubridad. Mientras que para los trabajadores asalariados, en el artículo 123 se nombre el principio de seguridad social. Brachet-Márquez, 2010, profundiza en la cuestión.

Las prácticas higiénicas seguían siendo consideradas como herramientas fundamentales para la reducción del índice de mortalidad, tanto en niños como en mujeres embarazadas, por lo cual se pretende difundir entre las madres las medidas de higiene básicas, a través de los llamados Centros de Higiene Infantil en el año de 1922. Retomo la descripción de Abelardo González Garza (1934: 15), sobre estos centros:

Establecimientos a todas luces importantísimos que tienen como objeto, dirigir la higiene pre y postnatal y proporcionar a la madre y al niño, pobre, el alimento de que carecen. Centros en que se protege (*sic*) a la infancia desde antes de nacer, proporcionando a las mujeres embarazadas, consultas gratuitas y el tratamiento que amerite, también sin costo ninguno. Son centros en donde la madre no solo recibe los cuidados de orden médico-terapéutico, sino los consejos para curar y prevenir enfermedades o accidentes, siendo esta labor propaganda dirigida a la madre, de una importancia insospechada.

Los centros de higiene tienen anexado un servicio de enfermeras visitadoras, encargadas, una vez ganada la confianza de la madre, de persuadirla de las inmensas ventajas de higiene, prenatal, postnatal, colectiva y social con el fin de evitar la influencia tan nociva de prejuicios, supersticiones etc, sobre la colectividad y muy especial.

Estos centros, innumerables sobre todo en Estados Unidos, fueron instalados en México en 1922 y a la fecha existen 7 centros de esa naturaleza en la ciudad de México y otros varios en las delegaciones del D.F.

Los centros de higiene representaron la consolidación de programas y políticas del Estado por medio de la promover la higiene, cuidado materno-infantil y la atención médica intentaron impactar en la sociedad donde se instauraban, siempre recordando que el objetivo era la menos favorecida. La importancia de estos centros de higiene también radica en que fueron los inicios institucionales de los que ya en la década de 1940 se nombraron Centros de Asistencia Maternal e Infantil, ya en manos de la entonces Secretaría de la Asistencia Pública como vemos en el informe de labores de Gustavo Baz, en los años de 1942-1943.

En 1942 funcionaban 16 centros de Asistencia Maternal e Infantil, donde de un año con 12,111 consultas prenatales, 19,304 posnatales y 5,499 preescolar, aumentó a 14,334, 27, 429 y 9,225 en los servicios respectivos. “Este aumento ha coincidido con la autorización que han pedido los Directores, para examinar diariamente un número mayor de personas tanto de primera vez como subsecuentes, pues las necesidades han ido en

aumento y el número de personas que trabajan en establecimientos es el mismo” (Baz, 1943: 128).

Claudia Agostoni, presenta la idea de “maternidad científica” que las autoridades de la salud consideraban como una estrategia que refería a que las mujeres necesitaban de una tutela médica constante, “para criar a sus hijos de manera responsable, adecuada e higiénica. Es decir, no bastaba que las mujeres se informaran con amigos, conocidos o familiares acerca de los cuidados y los procedimientos higiénicos y médicos necesarios para salvaguardar su salud y la de sus hijos, era menester la vigilancia y el seguimiento permanentes a cargo del médico” (2007: 97).

La atención materno-infantil abarca para estos años las etapas pre-natal, post-natal, preescolar y la higiene escolar y en la familia, es decir, se difunde en la vida cotidiana y publica. Más allá de la atención médica, la educación sobre la alimentación materna y no materna a los niños, atención profiláctica, vacunación y la vigilancia sobre su desarrollo fisiológico, son mecanismos de control, no sólo de la salud de la madre y del menor, sino de su forma de crecimiento, alimentación y establece parámetros sobre lo que es ser un niño sano o enfermo.

Ejemplo de esto, son los establecimientos creados en el estado de Toluca, donde se inauguraron clínicas materno-infantiles, guarderías infantiles y centros de capacitación para mujeres trabajadoras, mismas que son descritas a continuación:⁴⁰

- a) Clínicas materno-infantiles. Las cuales proporcionaban atención preconcepcional, pre-natal, post-natal, pre-escolar e higiene escolar. También expedían certificado pre-nupcionales, seguimiento médico durante el embarazo y capacitando a las madres sobre higiene y lactancia, y a los niños les practicaban exámenes médicos, atención profiláctica, vacunación contra la viruela, difteria y otras enfermedades infecciosas, además del registro y control de talla y peso.

⁴⁰ Código de Protección a la Infancia para el Estado de México, Toluca, México, enero de 1954, pp: 16-19.

- b) Guarderías infantiles. Tenían como objetivo proteger a los niños mediante la vigilancia, cuidado y atención sobre alimentación, educación y atención médica. Evitando su exposición a riesgos en los ámbitos públicos y privados, mientras sus madres se encontraban laborando.

- c) Centro de capacitación para mujeres trabajadoras. Con el objetivo de evitar que las mujeres provenientes del medio rural tengan diversas opciones de empleo en la capital, se les capacita (no indica cómo específicamente) para desarrollar actividades en sus lugares de origen, para obtener una retribución económica por sus servicios o actividades.

Esta tendencia continuo hasta los años sesenta, cuando desde el ámbito médico, a través de la Asociación Nacional Pro-Infancia se efectuaba la expansión de los servicios de asistencia, como veremos con lo expuesto por los doctores Aveleyra, Inclán, Parra y otros (1964: 351-352): “Esencialmente la Institución tiene por fin obras y actividades en bien de la Infancia, efectuadas por ella o para que sean llevadas a la práctica por el Estado o por instituciones con suficientes recursos económicos para ellos”.

Cuadro 3. Centros de atención y capacitación que promovía para su fundación la Asociación Nacional Pro-Infancia

Salas cuna	Guarderías
Escuelas maternas	Salas de salud para niños
Hogares temporales	Hogares sustitutos
Programas de educación para la crianza	Colocación de niños abandonados
Programas sobre alimentación infantil científica	Servicios para niños lisiados
Servicios para la madre embarazada	Colonias infantiles de descanso
Protección del niño huérfano	Reglamento del trabajo callejero para niños
Parques infantiles	Teatros infantiles
Becas de estudios para niños pobres	Escuelas de reeducación y de readaptación

Ciudades de los niños	Reformatorios para niñas
Reformatorios para varones	Educación para el hogar
Leyes sobre jurisdicción de menores	Jueces de menores
Tribunales para menores	Leyes de protección para la madre
Leyes de protección para la familia	Reglamentación del trabajo de menores
Reglamentación del trabajo para la madre	Reglamentación de asilos para niños
Diversiones infantiles	Socorros y ayudas al niño desamparado
Socorros y ayudas a la madre necesitada	Ayuda para la consolidación del hogar pobre
Organización de la familia	Organización de la comunidad
Congresos a favor del niño	Jornada Mundial de la Infancia
Antialcoholismo	Lucha contra los vicios

Fuente: Aveleyra, Inclán, Parra y otros, 1964: 351-352.

La atención a la mujer embarazada, al niño durante la primera, segunda y tercera infancia, su educación, su control estatal en caso de abandono o mendicidad fueron algunas de las propuestas presentadas. Leyes, reglamentos, congresos y campañas de prevención y atención frente al alcoholismo también fueron sujetas a promoción. Algunas de estas fueron llevadas a cabo y continúan funcionando hasta el día de hoy, como los tribunales de menores, reformatorios, hogares sustitutos y hogares temporales. Años después, la atención a los niños fue diversificándose, mientras que la relacionada con la madre, quedó más estática. En otras palabras, la mujer interesaba en cuanto a su capacidad procreadora y responsable de la alimentación y cuidados del menor y la familia. De las campañas relacionadas a la alimentación infantil tratarán los siguientes párrafos.

Una correcta alimentación no influye solo influye en el óptimo desarrollo del niño hasta su madurez biológica y psicológica, también juega un importante papel en la resistencia a las enfermedades, es decir, un niño bien alimentado se enferma menos, con menos intensidad y corre menos riesgos durante el padecimiento. Pero la situación más preocupante a largo plazo con respecto a la alimentación infantil, es que en caso de ser

deficiente las capacidades intelectuales se ven mermadas, es decir, el adulto no será capaz de pensar de forma compleja.

Ejemplo de esto es la propuesta del Dr. Antonio A. Loaeza, durante el Primer Congreso Mexicano del Niño, realizado en el mes de diciembre de 1920:⁴¹

Dos conclusiones:

Primera: Sea este Congreso del Niño en México quien llegue a la Academia nacional de Medicina, organice en la parte médica una cruzada para enseñar la mejor alimentación de los infantes en nuestro país.

Segunda: Este mismo benemérito Congreso proponga al “Universal” y, por su intermedio a toda la prensa del país, sea porta-voz del esfuerzo de los médicos en beneficio de los niños mexicanos, toda vez que el cuarto poder del mundo, conseguirá cuanto de él con toda justicia debemos esperar, y es a saber: Niños bien alimentado, niños más fuertes, más sanos, más válidos, y por ende, hombres más vigorosos y más útiles, en todas las actividades demandadas a sus hijos por la Patria, viéndose así coronado de éxito lisonjero el Congreso patrocinado por el señor Director de “El Universal”.

Uno de los programas más difundidos y que tuvo larga duración fue el de La gota de leche,⁴² establecido por primera vez en Francia en el año de 1894. En México inició en 1904, según Abelardo González (1934: 27) en la ciudad de Toluca bajo la dirección del entonces gobernador del Estado de México Gral. José Vicente Villada, perduró poco, principalmente por falta de recursos. Ya en el período posrevolucionario, exactamente en 1930, a través del Comité Nacional de Protección a la Infancia se estableció la Gota de Leche, con el objetivo de proporcionar leche de vaca de buena calidad a hijos de madres indigentes. Abelardo González (1934: 28-29) explica el funcionamiento de este programa y sus alcances a partir de una visita que hizo a este centro.⁴³

Indica que en el programa se reparte leche a varios centros donde la madre la recoge todos los días, entre 10 y 11 de la mañana. Para la obtención de la leche era

⁴¹ Antonio A. Loaeza, “Vicios de la Alimentación de los Niños en México!”, en Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño, patrocinado por “El Universal”, México, 1921, p. 163.

⁴² Abelardo González (1935), señala que este programa es una evolución de los “Mieilk Daponts” ingleses.

necesario que presentara una tarjeta expedida por el médico del centro, donde confirma la necesidad de la leche para el hijo. La leche se entregaba en una caja que contenía una barra de hielo y 6 botellas de leche con sus correspondientes mamilas, estas botellas van según la cantidad que el médico prescriba, leche pura, al medio, al tercio o al cuarto con agua, agua de arroz o de avena o leche combinada con atole de avena.

Puede verse que el suministro de leche era personalizado, es decir respondía a las necesidades particulares de cada niño, lo cual lo convierte en un programa sin igual hasta el día de hoy, donde la homogenización es prioritaria. Pero así como representaba un cambio significativo en la alimentación del menor, el costo de participar en el programa era la responsabilidad de la madre para cumplir con los requerimientos obligatorios y los deseados como se ve en las siguientes líneas (González, 1934-28):

La madre al ir a recoger su caja tiene la obligación de entregar limpia y en buen estado, la recojida (*sic*) el día anterior.

Las tarjetas para recoger leche se llenan especificando el plazo de entrega de la leche, plazo que por lo general no pasa de un mes para que la madre se véa (*sic*) obligada a ir al centro de higiene, donde el niño es nuevamente estudiado por el médico, anotando progresos o deficiencias en sus salud, si es necesario otro régimen etc. además la tarjeta lleva en su reverso algunos consejos de interés para la madre y el hijo y són (*sic*):

I- Cuide Ud. la caja, botellas y mamilas en que lleva el alimento para su hijo, como si fueran de su propiedad.

II- Procure que esté siempre limpio el biberón en que Ud. alimente a su niño, así le evitará enfermedades.

III- Es preferible que recoja la caja con el alimento de su hijo una persona mayor; cuando la recojen (*sic*) niños, generalmente ensucian los biberones.

IV- Para que no se descompongan el alimento que lleva para su niño, ponga la caja con las botellas que lo contienen en lugar fresco.

V- Si quiere que su niño esté bien de salud, dele el alimento que le dá (*sic*) la provisión sin mezclarle otra cosa, pues vá (*sic*) preparado según la fórmula del médico que lo recetó.

VI- Las cajas y biberones que se le prestan son exclusivamente para el alimento de su niño; no les dé otro empleo.

VII- Tenga Ud. Presente que si rompe o pierde la caja, botella o mamilas en que se le dá (*sic*) el alimento a su niño, tiene que pagarlas para que no se le suspenda la ministración del alimento.

En 1934, según informó Abelardo González, en los once meses del año se entregaron: 142,240 cajas, 750,686 raciones o botellas biberones de leche, niños alimentados 4,855 y 143,696 litros de leche.

Tabla 6. Programa La Gota de Leche. Litros de leche repartidos durante 1934.

Mes	Cajas	Raciones o botellas biberones	Niños alimentados	Leche empleada. Litros
Enero	13 585	71, 395	445	13, 091
Febrero	12 089	61, 770	445	11, 651
Marzo	12 958	67 578	418	13, 056
Abril	12 647	66, 289	421	12, 866
Mayo	13 225	70, 154	444	13, 632
Junio	12 235	64 784	432	12, 757
Julio	12 311	65, 417	426	12, 762
Agosto	12 857	68, 664	437	13, 167
Sep.	13 160	70 039	464	13, 262
Oct.	13 810	72 765	470	13, 738
Nov.	13 363	71 831	453	13, 714

Fuente: Abelardo González, 1934: 29.

Infiero que se pretendía que la madre fuera responsable de su hijo y hacia el programa, sujetándola a lineamientos higiénicos y administrativos para la obtención del alimento, que considerando que las madres era en su mayoría indigentes, resultaba una de las principales fuente de nutrientes para el niños. Por otro lado, el principal interés del programa según lo descrito, era el mejoramiento de la salud general de los niños más vulnerables, aquellos que no tenían seguro el alimento de cada día. También puede verse que al obligar a la madre a presentar al niño de forma mensual ante el médico, es un mecanismo de seguimiento de su salud, y las estrategias por parte del estado para que los niños fueran mantenidos bajo vigilancia. En cuanto a su eficiencia, podemos ver que el número de litros distribuidos tuvo una constante poco variable en el año presentado. Resulta importante señalar que esta campaña continúa hasta el día de hoy en los servicios de salud públicos.

Otra de las estrategias que aplicó el Estado para reducir la desnutrición, en este caso para niños iniciados con la ingesta de alimentos sólidos, están los desayunos. Con orgullo el Estado difundía la cantidad de desayunos que se repartían en todo el país, al convertir esta política como una de las más prometedoras y que tendría un alto impacto en la salud infantil en corto tiempo. En Yucatán los desayunos también fueron difundidos en el ámbito político como el camino a la drástica reducción de mortalidad infantil, como veremos a continuación:⁴⁴

Conociendo los altos índices de letalidad en los niños que sufren primordialmente las consecuencias de una alimentación agudamente insuficiente, viven en precarias situaciones económicas, sociales y culturales y padecen una patología que en otros países es ya historia y en nuestro suelo sigue siendo una dramática actualidad, la Asociación ha procurado incrementar una mejor alimentación por medio de los desayunos escolares, dando preferencia a la población de las zonas rurales, como puede verse en los siguientes datos,

Servicio	Localidad	Niños	Total
Desayuno	Medio urbano (Mérida)	5,312	
Desayuno	Medio rural (Inte. del Estado)	6,943	12,255
Vaso de leche	Medio urbano (Mérida)	4,632	
Vaso de leche	Medio rural (Int. del Estado)	12,855	17, 487
Suma Total.....		29, 742	

Inspirados en la más estricta justicia y en un concepto cabal de la realidad nacional, se proyecta para este semestre escolar la atención a treinta mil niños, especialmente, campesinos.

En los desayunos se depositaron grandes esperanzas en cuanto al mejoramiento de la salud infantil en Yucatán y el resto del país. Presento otro ejemplo⁴⁵ que además incluye también algunos de los menús establecidos:

El Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán (IPIY), reanudó ayer en la Villa de Tizimín el servicio de los desayunos escolares, recibéndolo 1,300 alumnos

⁴⁴ Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado, año II, núm. 3, Mérida, Yúc, marzo 15 de 1961, p. 17-18.

⁴⁵ Diario del Sureste, "El IPIY reanudó el servicio de desayunos escolares en Tizimín", martes 5 de octubre de 1965, página 5, año XXXIV, tomo CXXXVI.

pertenecientes a las escuelas de Francisco Alcalá Martín, Sebastián Molas, Otilia López y Justo Sierra.

Los contingentes escolares, en perfecto orden, se concentraron para este acto, a las 8.30 horas, en el desayunador del Centro de Nutrición Infantil “Eva Sámano de López Mateos” contiguo a la Empacadora del IPIY, ubicada en la Plaza Flamboyanes.

La alegría de la parvada se desbordó al sentarse a las pulcras mesillas y comenzar el personal docente a servir el desayuno confortable: leche, hogaza con mantequilla, pan dulce y plátanos.

Aparte de la leche y los plátanos, que serán servidos todos los días de la semana escolar, se nos informa que el menú a partir del martes será el siguiente: hogaza con huevo y papa, miércoles, hogaza con carne paté. Los viernes, se repetirá el menú del primer día de la semana.

La logística que acompañaba y aún lo hace, a la distribución de los desayunos era uno de los principales obstáculos para el desarrollo del programa. Algunos de estos son señalados en el informe del Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán, en abril de 1964:⁴⁶

Es preciso señalar que durante el trabajo social que realizamos todos los días intensamente, vamos recogiendo experiencias que nos muestran la forma de allanar todos los obstáculos que se han presentado, para hacer llegar al niño la ración alimenticia y la atención que requiere. Concretamente mencionaremos los principales:

1º.- Falta de organización efectiva y activa de los comités municipales.

2º.- Carencias económicas.

3º.- Falta de transportación adecuada y oportuna.

4º.- Falta de coordinación de los principales recursos con que cuenta cada comunidad.

Para vencer estos obstáculos actualmente el Instituto está elaborando un plan de acción conjunta, y en el mismo orden apuntado los trabajos futuros tendrá las siguientes soluciones:

1ª.- Organización, coordinación, orientación y supervisión adecuadas.

2ª.- Promoción de mayores recursos económicos para ayudar con más amplitud a los comités municipales; para este efecto se están haciendo estudios administrativos.

3ª.- Instalación de pequeñas plantas de elaboración y centros de orientación nutricional en las más importantes cabeceras municipales que se interesen por construirlos en cooperación; también se instalarán centros de distribución materias

⁴⁶ Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán. Diario de la II Convención, Vol. 1, Mérida, Yuc, México, Viernes 24 de abril de 1964, Núm. 2, p. 8.

primas disponibles, debidamente zonificados con el objeto de dar mayores facilidades para la transportación.

El poco apoyo de los municipios para la distribución de los desayunos, el limitado y poco adecuado transporte para llegar a los poblados más alejados eran y son aún problemas que tienen que ser sorteados, lo que significa que las soluciones no fueron tan eficaces. Tanto en Yucatán como en el resto del país, mejorar la alimentación de los niños, tanto al proporcionar información a las madres, como con la distribución de leche y de los desayunos escolares, fueron herramientas fundamentales que permitieron al estado demostrar el interés que éste tenía en relación a niñez mexicana.

En Yucatán, como en el resto del país se promovieron acciones que respondieran a las necesidades de niños que se encontraran fuera de un ambiente familiar, por el motivo que sea, ejemplo de esto fue la solicitud para la creación de la “Casa del Niño” en 1923. En el siguiente extracto del suplemento del Diario Oficial del Estado de Yucatán, en el año de 1923, en el cual se exponen los motivos para su fundación⁴⁷, donde se albergaría a niños en situación de abandono o conflicto familiar, respondiendo así al compromiso del gobierno por salvaguardar a los ciudadanos vulnerables:

Por cuanto en cumplimiento del programa socialista que tiene a su cargo el Gobierno, no deben ser privadas de cristalización las tendencias humanitarias en pro de la parte más sensible de la sociedad, cual es el niño, pues éste encarna las esperanzas del espíritu contemporáneo respecto del advenimiento de un régimen de vida, mejor organizado sobre bases de solidaridad efectiva, distribución racional de la riqueza y suave y dirigente intervención del Poder Público en la organización social: y en atención también a que las innovaciones introducidas recientemente en la legislación sobre el divorcio y la familia, reclaman con urgencia la protección a los niños que quedan sin amparo, expuestos a factores adversos que impliquen la pérdida de sus energías; y tomando en consideración finalmente, que el Estado, al erigir establecimientos para el sostenimiento y educación de los niños menesterosos, realiza una obra que restará huéspedes a las prisiones y a los hospitales, fortaleciendo seguramente a las generaciones venturas, en obsequio a principios de evidente humanidad, el ejecutivo de mi cargo juzga una obligación suya iniciar la obra que provea a las necesidades sociales antes aludidas, y por tanto, en uso de la facultad que le confieren los artículos 35, fracción II y 55 fracción XI de la Constitución Política del Estado, tiene a bien proponer a esa H. Cámara el siguiente Proyecto de Ley que funda una Institución llamada “Casa del Niño”, cuyo objeto será recoger para

⁴⁷ Suplemento al núm. 7864, 15 de junio de 1923, Biblioteca Yucatanense, pp. 3-4. Texto completo en anexos.

alimentar y educar a los niños que carezcan de representación legal, a los abandonados y a los hijos menores de padres desconocidos o divorciados, siempre que éstos se hallen económicamente incapacitados para alimentarlos y educarlos.

Resulta evidente el interés del gobierno yucateco por la atención a la infancia, respondieron a principios ideológicos, resaltando los siguientes puntos: la niñez y su adecuado desarrollo es responsabilidad del gobierno, el niño es poseedor de las esperanzas de una vida mejor, una sociedad más justa y por lo tanto una nación fructífera, la introducción y regulación de cambios legislativos que beneficien directa o indirectamente al menor, por ejemplo: el divorcio. La necesidad de crear establecimientos como asilos y hospitales para la atención a niños desprotegidos es decir, aquellos que no cuenten con el apoyo familiar.

Otro de los tópicos ampliamente abordados en cuanto al estudio de políticas de salud infantil, en el periodo postrevolucionario es el de las vacunas. Después de concluir la Revolución la aplicación de las vacunas fue institucionalizado, a través de departamentos como el de Salubridad Pública, el cual tuvo entre sus objetivos la difusión de la importancia de la vacunación y su seguridad. Esto último a través de acciones como el establecimiento del “Día de la Vacuna”. En 1923, en palabras de Agostoni (2009: 8-9):

El entusiasmo y la confianza depositada en la vacuna llevó a que el 27 de septiembre de 1923 se celebrara en la ciudad de México el primer “Día de la Vacuna” en el marco de la Semana de Salubridad. De acuerdo con sus organizadores, el público requería saber cuáles eran las consecuencias que sobrevendría en la niñez no vacunas, motivo por el su asentó lo que se cita a continuación: “Sea usted cuidados de la salud de sus hijos y no aumente el dolor de verlos enfermos, deformes o ciegos, el remordimiento de saber que usted es el único responsable de su desgracia por no haberlos vacunado”. El rostro del mal se ilustró de la siguiente manera durante la celebración: Pocas enfermedades – quizá ninguna – son tan repugnantes como la viruela. Imaginaos la linda cara de un niño convertida en una enorme y asquerosa llaga. Centenares o millares de pústulas cubriendo materialmente la cara, y que al reventarse harán chorrear pus a todo el cuerpo y al curar, si es que curan, harán de aquella cara, antes hermosa, una cara deforme, acribillada de cicatrices y en la cual se había apagado para siempre la luz de los ojos dejado al niño ciego. ¡Y pensar que el sufrimiento y la deformidad o la muerte de ese niño podrían haberse evitado tan fácilmente con solo vacunarlos! LA VACUNACIÓN ES SENCILLA, NO ES

DOLOROSA, NO HACE SUFRIR AL NIÑO NINGÚN RIESGO Y ES DE RESULTADOS SEGUROS CONTRA LA VIRUELA.

Pensemos en la dificultad técnica de distribuir las vacunas, sumada a la resistencia de la población para su aplicación. Como respuesta a esta situación el Estado respondió con una intensa combinación de la difusión/propaganda. La reglamentación y la obligatoriedad de las vacunas fueron el binomio utilizado para consolidar e institucionalizar la vacunación como principio fundamental para contribuir a la construcción de la salud pública durante todo el siglo XX.⁴⁸

En cuanto la atención a la infancia, me centraré en la higiene escolar y los centros de higiene infantil para ejemplificar lo dicho con antelación. Considero la higiene escolar tal como la define Aveleyra Arroyo (1957: 1): “ (...) es una disciplina científica-médico-pedagógica, con métodos propios de proyecciones individuales y sociales, cuyas funciones son cuidar y mejorar la salud física, mental y moral de los educandos y del personal escolar, y en el medio ambiente en que se desenvuelven, para obtener un mejor aprovechamiento de las enseñanzas, una mejor adaptación al medio, la creación de hábitos higiénicos de una conciencia sanitaria en los escolares”.

En México, la higiene escolar dependía de la Secretaría de Educación Pública, ejecutando el programa en escuelas primarias y secundarias incorporadas al sistema educativo nacional. Aveleyra (1957: 41-46) describe cuáles eran los objetivos específicos del programa nacional y aquí los resumo:

1º. Vigilancia del crecimiento y del desarrollo psicobiológico de los escolares. Mediante el examen médico de ingreso, los exámenes médico-profilácticos periódicos, la antropometría y la psicometría escolares. 2º. Educación sanitaria. Se lleva a cabo mediante los procedimientos modernos de educación audiovisual y se imparte a los alumnos, maestros y padres de familia, por medio de pláticas, conferencias, folletos, proyecciones de vistas fijas, cinematografía, periódicos murales, cartelones, teatro guiñol, comedias representadas por los propios alumnos,

⁴⁸ Para más información sobre la implantación de la vacuna en México puede consultarse el trabajo de Claudia Hurtado y Angélica Matías, “Historia de la vacunación en México”, en: *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, 13 (74), 2005, pp: 47-52.

composiciones, trabajos manuales sobre temas de salud e higiene, etc. 3°. Lucha contra las enfermedades transmisibles de la infancia. Se realiza fundamentalmente por medio de la inmunizaciones sistemáticas, como la antivariolosa, la B.C.G; la tifoparatífica, la antirrábica, etc. 4° Localización y diagnóstico de: a) enfermedades, b) deficiencias físicas, c) deficiencias mentales y d) trastornos psicológicos. 5°. Primeros auxilios. 6°. Tratamiento. No es función primordial de la higiene escolar el tratar médicamente a los alumnos; sin embargo se han mejorado y ampliado los centro de tratamiento de esta dependencia. 7°. Edificios escolares. 8°. Mobiliario y útiles escolares. 9°. Ambiente escolar. El personal técnico de higiene escolar y los maestros deben vigilar el ambiente de las escuelas, tanto dentro como fuera de los edificios. 10°. Salud de los maestros. 11°. Medio familiar. 12°. Readaptación. Este capítulo es de enorme importancia y se refiere a la reeducación y readaptación de los débiles mentales y físicos en escuelas especiales con que cuentan.

Con estos objetivos puede verse la importancia de generar un ambiente saludable para el menor. Captar a aquellos que presentaran deficiencias según los estándares intelectuales y físicos establecidos, que la escuela y los profesores fueran ejemplo de ese ideal de desarrollo y ciudadano saludable. Así, además de la vía médica, el conocimiento sobre la higiene en el menor fue difundida a través de la escuela, la cual como institución con gran reconocimiento social fungió como espacio educativo respecto a estas prácticas.

En el polo opuesto, las escuelas también eran consideradas como ambientes propicios para el contagio, proponiéndose cuatro factores básicos que aseguraban las condiciones saludables del edificio: "Aereación, calorificación, alumbrado y sistema de evacuación" (Castillo Troncoso, 2003: s/p). Como puede constatarse la higiene moral y social comenzó a modificar estructuralmente las instituciones.

Además de la escuela, entre los mecanismos que fueron establecidos por el régimen para difundir la importancia de la higiene hay que señalar: la celebración de Congresos de Instrucción, en donde se planeaban estrategias para el mejoramiento de la educación y la higiene en general. La creación de departamentos de Higiene Escolar, los cuales fueron responsables de aplicar miles de exámenes individuales a los estudiantes: Dichos exámenes tenían como objetivo registrar los datos físicos y psíquicos de los estudiantes. La implementación de reglamentos para la fundación de albergues de niños, los cuales

incluían desde su funcionamiento hasta su estructura física básica necesaria y también la gimnasia se convirtió en una cátedra obligatoria en los programas de instrucción elemental.

Con respecto a los centros de higiene infantil, implementados en el centro del país, fueron creados para dar orientación higiénica durante y después del parto a la madre y al niño. Atendiendo a la población de escasos recursos y que carecieran de suministro suficiente de alimentos. Abelardo González (1934: 15) describe sus funciones:

Centros en que se protege (sic) a la infancia desde antes de nacer, proporcionado a las mujeres embarazadas, consultas gratuitas y el tratamiento que amerite, también sin costo ninguno.

Los centros de higiene tienen anexado un servicio de enfermeras visitadoras, encargadas, una vez ganada la confianza de la madre, de persuadirla de las inmensas ventajas de higiene, prenatal, postnatal, colectiva y social con el fin de evitar la influencia tan nociva de prejuicios, supersticiones etc, sobre la colectividad y muy especial.

Inspirados en los instaurados en Estados Unidos, en México los centros de higiene infantil iniciaron sus labores en 1922, y en 1934 existían ya en funcionamiento 7 centros, en la Ciudad de México y otras delegaciones del D.F. Por ejemplo, el Centro Eduardo Liceaga se estableció finalmente en la calle de Moneda No. 62, en el centro de la ciudad. Como puede verse, atender a los menores de edad, específicamente los desprotegidos familiar y económicamente, fue una de las políticas más difundidas del gobierno posrevolucionario, atención médica para los niños en el campo, los pobres, los huérfanos y los trabajadores. Ejemplo de esto es el centro de atención médica establecido para niños voceadores.⁴⁹

Inauguración en la Metrópoli. Servicio Médico Para los Niños Voceadores.

MEXICO, D.F, 21 de Febrero.- (INFORMEX).- El señor Francisco Galindo Ochoa, director general de la Oficina de Difusión y Relaciones Públicas de la Presidencia de

⁴⁹ Diario del Sureste, "Servicio médico para los niños voceadores", 22 de febrero de 1966, Mérida, Yucatán, México, p. 1.

la República, inauguró hoy el servicio médico de la “Casa del Voceador” ubicado en las calles de Zoquipa y Sur 89.

Este servicio médico será destinado para atender a los niños voceadores, alumnos de las escuelas “Voceadores de México”, “Voceadores de la Prensa” y del jardín de niños y la guardería que funcionan en la casa del Voceador.

Este servicio médico tuvo un costo de cien mil pesos aportados por la Unión de Expendedores y Voceadores de Prensa de la ciudad de México.

Durante la ceremonia de inauguración, que se inició a las 11.30 horas, el señor Francisco L. Rentería pronunció un discurso durante el cual señaló que esta obra, a la cual se impuso el nombre de “José María Morelos y Pavón”, representa un peldaño más en la línea de superación que se ha trazado el Comité Ejecutivo de la Unión, en beneficio del gremio de los voceadores de la ciudad de México.

Indicó que este servicio médico viene a resolver uno de los grandes problemas con que se enfrenta la Unión, ya que los pequeños no recibían asistencia médica.

En este servicio médico laboran 51 médicos especialistas, 6 enfermeras y 8 afanadoras, contando además con personal competente en materia higienística y de investigación, así como de enfermeras con preparación especial y trabajadoras sociales.

Atender a los niños enfermos y/o de escasos recursos, así como ampliar los conocimientos médicos acerca del niño, así como la divulgación de los mismos fueron peticiones al Estado para lograr la protección que este requería por parte del cuerpo médicos existente en el país. Entonces, con un mayor conocimiento de la medicina pediátrica, más número de médicos capacitados en su atención o mejor aún, pediatras, lo único que haría falta serían los centros de asistencia médica para los menores. Y los hospitales son el ejemplo perfecto para analizar este deseo del Estado. Son lugares donde se conjugan los avances tecnológicos, médico y la profesionalización de la pediatría, mismos que serán abordados en el siguiente capítulo.

En este capítulo intenté mostrar el panorama demográfico infantil en México y específicamente en Yucatán, esto con el objetivo de presentar el panorama donde la reconstrucción de la nación tuvo lugar. La conformación de esta nueva nación fue sustentada con nuevos discursos políticos e institucionales como demostré en el segundo apartado. También presenté como el surgimiento del higienismo y la eugenesia influenció las estrategias políticas y sociales, proyectándose en campañas y programas especialmente dirigidos a la niñez, como estrategias de transformación social.

Dichas estrategias siempre estuvieron respaldadas por la idea que México, para ser un país “moderno”, necesitaría de mexicanos sanos, fuertes, educados en una cultura de prevención y sensibles ante la adquisición de hábitos higiénicos. Desde el porfiriato hasta el estado posrevolucionario, la búsqueda de legitimación de poder fue constante y la difusión de la higiene como mecanismo de desarrollo contribuyó a ello. Cada campaña, cada folleto y cada plática que los niños recibían fueron utilizadas como instrumento de legitimación del Estado, además de significar una prueba de que el mismo estaba interesado en mejorar las condiciones de salud en los niños. Fueron entonces implementadas por el Estado, con dos objetivos simultáneos: un mejor futuro en manos de ciudadanos sanos y la construcción de condiciones que contribuyeran a legitimar las estructuras de poder.

Esto podrá confirmarse en la segunda parte de esta investigación, en la cual tomo el caso de la profesionalización de la pediatría, especialmente la yucateca como ejemplo de esta búsqueda de legitimación del control del Estado en la salud de su población y la ciencia como camino a un desarrollo adecuado según lo dictaron los estándares del siglo XX.

SEGUNDA PARTE

ESPECIALIZACIÓN MÉDICA, EL CASO DE LA PEDIATRÍA

4. El surgimiento de la pediatría y los hospitales de especialización infantil

El trabajo médico y la clínica (diagnóstico) desde sus orígenes en el siglo XVIII, tenían como acto central relacionar un síntoma con una enfermedad, “una enfermedad en un conjunto específico, y orientar éste en el interior del plano general del mundo patológico” (Foucault, 2001: 53). Puede pensarse que ambos nacieron y se desarrollaron libremente, pero no fue así, la fecundidad de ambos está vinculada a un liberalismo científico, político y económico, mientras que ciertas ideologías pusieron obstáculos para su consolidación.

La clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia limitada al campo de los sentidos, llevando una práctica sobre el ejercicio de la mirada, de ahí la expresión *mirada clínica*. Este ejercicio de diagnóstico se complejiza cuando el paciente no es capaz de expresar, o no puede hacerlo con suficiente claridad los síntomas de su enfermedad, como en el caso de los niños. Así la atención médica a la infancia fue perfilándose con una historia muy particular.

El desarrollo de la literatura médica sobre niños acompañó la preocupación del humanismo europeo por la educación y cuidado de los mismos, como prueba, ya en el siglo XV, fue construido en Florencia Italia (Ansúa, 2012:231) el primer hospital exclusivo para niños en occidente, dejando de lado hospitales e instituciones de protección a la niñez y de naturaleza religiosa. Los objetivos de estos últimos eran el cuidado y protección de la infancia, pero no estrictamente médica, también relativo a la educación y al espíritu.

El nuevo concepto de niñez está vinculado al desarrollo de un sistema educativo moderno, Castillo (2006: 20) habla de la separación en los mundos del adulto y del menor: “como parte de este proceso, a los infantes se les separó de los adultos y en este camino de diferenciación se les construyó una identidad de la que antes históricamente carecían”. Cada vez se pone menos en duda que la constitución de la pediatría como tal, va de la mano con afianzamiento de la idea de la niñez, a fines de la Modernidad. En la literatura,

no puede dejarse de lado la obra de Rousseau⁵⁰ en donde se presentan las nuevas ideas relativas a la infancia, Castillo (2006: 21) describe su aporte en las siguientes líneas:

No resulta casual que el filósofo francés haya vivido en Inglaterra a mediados del siglo XVIII. Su trabajo tuvo influencia fundamental en la primera generación de pintores románticos ingleses, con artistas como Reynolds, Lawrence y Gainsborough, quienes construyeron una representación de la inocencia infantil y crearon el estereotipo que tuvo grandes repercusiones en los dos siglos siguientes. Rousseau comprendió que antes que edificarse un sistema de educación era preciso preguntarse en qué consistía la naturaleza del infante, de lo que se deriva la idea de darle importancia en sí misma a la niñez. Esta legitimación de la etapa, que implicaba el reconocimiento de los derechos de los niños, tuvo que nadar a contracorriente entre peligrosos enemigos a lo largo del siglo XIX como la industrialización y a sobreexplotación infantil, pero terminó imponiéndose en Occidente con el proceso masivo de escolarización que se registró en Europa y Norteamérica en el mismo periodo.

Según autores como Alberto del Castillo, antes la niñez terminaba a los siete años, cuando el menor ya dominaba el lenguaje y podía incorporarse al mundo adulto, pero con la reforma educativa de los siglos XVI y XVII, la infancia se toma como un criterio cultural donde su desarrollo se prolonga desde la extensión del proceso de aprendizaje. El autor, describe, como hemos visto anteriormente, los siguientes factores como determinantes en la aceleración del cambio de visión con respecto a la niñez: “La difusión de la escolarización y la creación de un espacio de separación del mundo infantil respecto del de los adultos; la investigación psicológica y pedagógica que diseñó y confirió atributos y características a la niñez pediátrica que desembocó en el siglo XIX en la protección de una mirada clínica especializada que fue construyendo una serie de conceptos y representaciones en torno al cuerpo infantil” (2006: 20).

En resumen el proceso de cambio con respecto a la niñez, fue alimentándose de distintas aristas, la tecnológica, la social, la religiosa, la artística y política, es este engranaje radica su complejidad e importancia. De manera particular, en este capítulo abordaré su desarrollo durante el porfiriato y posterior a la Revolución mexicana, el caso

⁵⁰ Juan Jacobo Rousseau, *Emilio o la educación*, traducción de Ricardo Viñas, Alaleph ediciones, 2000, foro de acceso libre en: <http://escritoriocentres.educ.ar/datos/recursos/libros/emilio.pdf>

de la pediatría en Yucatán y el desarrollo de hospitales especializados en la infancia en México, centrándome en el Hospital del Niño de Mérida, considerado como el primer hospital pediátrico del país.

La ciencia médica al cuidado de la salud infantil durante el porfiriato.

Fue durante el periodo ilustrado cuando se puso por escrito el interés por la salud, el cuerpo y la higiene del niño, al igual que la preocupación por la función de las mujeres como madres que requerían atención y cuidados especiales durante el periodo de embarazo, parto y la lactancia. La mortalidad infantil era un factor que influía seriamente en la población menor a un año de edad y por lo cual llamó la atención de médicos, filósofos, pedagogos y escritores tales como John Locke,⁵¹ Immanuel Kant⁵² y Josefa Amar y Borbón,⁵³ lo que provocó que mucho se escribiera sobre sujetos sociales emergentes, como las mujeres y los niños.

Entre estos trabajos destacan Sigmund Freud con sus estudios sobre psicoanálisis, neurosis, psicosis y sexualidad infantil (Metamorfosis de la pubertad, La sexualidad infantil); Jean Peaget, con sus trabajos sobre desarrollo e inteligencia infantil, Arnold Gessel analizó las etapas de crecimiento y desarrollo del niño y Erick Erickson que de forma más general propuso teorías sobre el desarrollo psicosocial del hombre.

Con las nuevas tendencias de pensamiento, tanto científico como filosófico, en la segunda mitad del siglo XIX se puso de manifiesto que el interés no consistía únicamente en preocuparse por el alma de los niños, sino que también había que atender su cuerpo, su psique, su educación y su salud. Esto se explica porque en los primeros años del mismo siglo, la sociedad, especialmente la occidental no tenía la necesidad de considerar al niño como sujeto social individual, ya que la presencia infantil en el ámbito familiar y social era

⁵¹ Considerado padre el liberalismo clásico. Su obra más representativa: *Ensayo sobre el entendimiento humano*, en 16090.

⁵² Filósofo alemán, entre sus múltiples obras están: *Pedagogía* (1803), *Antropología en sentido pragmático* (1798), *Metafísica de las costumbres* (1797) y *El conflicto de las facultades* (1798).

⁵³ Pedagoga y escritora de origen español durante la Ilustración. Entre sus obras, resalta el *Discursos en defensa del talento de las mujeres y de su aptitud para el gobierno y otros cargos en que se emplean los hombres*, en el año de 1786.

tan breve y tan poca significancia (por la mortalidad infantil) que no había tiempo ni ocasión para articular su existencia formal en la “memoria y en la sensibilidad colectiva” (Herrera Fera, 2005: 230).

La percepción de la infancia dejó de ser caracterizada por un acercamiento afectivo, la atención al niño durante sus enfermedades y la voluntad de cuidarlos, sino que se transformó en acciones más diversas a finales del siglo XIX. En pocos años se produjo un gran número de discursos relacionados con la niñez y las ciencias “modernas” como la pedagogía, la psicología y la pediatría, al mismo tiempo que se fundaron instituciones dedicadas al cuidado del niño. Aquí radica la importancia de ésta segunda mitad de siglo, años articuladores donde el conocimiento científico y la idea de “progreso” sustentaban los proyectos de desarrollo de países, entre ellos incluido México.

En definitiva la evolución de los conocimientos médicos abrió las puertas para una comprensión del cuerpo del niño y de los elevados índices de mortalidad de los mismos, provocando numerosos trabajos clínicos sobre anatomía, patología, química, bacteriología y biología. Marcos Ayuso (1939: 23-24) dice:

Los descubrimientos de Pasteur sobre la contaminación de los alimentos llaman la atención y se hacen investigaciones numerosísimas sobre el contenido de gérmenes de leche de vaca, descubriendo así una de las fuentes de infección. La invención del aparato de Soxhlet para la esterilización de la leche hizo concebir lisonjeras esperanzas, respecto de la disminución de la mortalidad infantil pero la cifra de mortalidad de niños menores de un año permaneció invariable y demostró la poca utilidad de ese aparato, así como los defectos y peligros que lleva en sí aquel métodos de esterilización.

La composición química de las diversas clases de leche, atendida su importancia por lo que concierne al intestino del lactante, dio origen a numerosos trabajos que trataron de explicar la causa de los desórdenes nutritivos, trabajos que fueron aceptados por unos e impugnados por otros.

El descubrimiento de los *enzimas* (*sic*) que se encuentran en todas las clases de leche dio por resultado otro cambio en las opiniones. La importancia de los *enzimas* se exageró demasiado, pues su utilidad práctica es escasa.

Los valiosos conocimientos sobre la naturaleza de la digestión que se deben a Pawlow y sus discípulos también constituyeron una fuente fecunda para tratar de explicar las enfermedades de la nutrición.

Los estudios sobre el desarrollo de las precipitinas y la posible demostración por este medio de la especializada de las diversas materias albuminoides condujeron a conclusiones sobre las propiedades de los constituyentes de las distintas clases de

leche y facilitaron la interpretación de algunos síntomas tóxicos que se presentan en el período de ablactación y en casos de lactancia artificial.

En el caso de la leche de vaca, los avances científicos y tecnológicos permitieron asegurar su calidad y óptima condición para el consumo humano. Con este cambio, los padecimientos intestinales en niños fueron reducidos, obvio acompañado de campañas para su pasteurización y vigilancia de los centros de distribución. Los rayos X en 1895, la anestesia con éter o cloroformo transformó las cirugías, entre otros avances científicos. Así la ciencia se presentó como la solución a los problemas, mismos que eran producidos por el nuevo contexto que la industrialización provocó, como la proletarización urbana y el hacinamiento en las ciudades.

Europa como he mencionado, siempre fue parteaguas del cuidado y la atención médica infantil. Ejemplo de esto es la obra del doctor Marfán, de origen francés, profesor de la Facultad de Medicina de la misma ciudad y es quien demarca las transformaciones en la niñez por primera vez en el siglo XIX (Castillo, 2006: 67):

La infancia es el periodo de la vida que alcanza desde el nacimiento hasta la pubertad, la cual, se establece entre los 12 y los 16 años, algo más pronto en las niñas que en los niños. Caracterizase ante todo por ser el periodo de mayor crecimiento, por el cual el organismo infantil experimenta rápidas y profundas modificaciones. Si se consideran las diferencias que separan al recién nacido del adolescente púber, se notará que en ninguna otra época de la vida extrauterina se observa una transformación tan considerable en tan corto tiempo.

La contribución de este médico francés también es importante por distinguir tres etapas en el desarrollo de los menores, mismas que se siguen utilizando hasta el día de hoy (Castillo 2006:67):

1. La primera infancia. comprendida por los dos primeros años de vida, en la cual se atravesaba por trastornos digestivos y respiratorios en la mayoría de los casos.

2. La segunda infancia, del segundo al séptimo año, marcado por el inicio del sistema nervioso y las capacidades motrices y psíquicas. Las enfermedades frecuentes son las fiebres eruptivas, la meningitis y la difteria.

3. La tercera y última infancia contiene cambios menos relevantes con respecto a la vida adulta, inicia a los siete años de edad.

El aporte de los médicos, el desarrollo de la tecnología en el área médica y el desarrollo de la puericultura, contribuyeron al avance de los cuidados infantiles. La puericultura por su parte desarrollaría cuatro campos de acción: la higiénica, la médico-sanitaria, la protectora y la educativa, según Salazar Agulló (2007: 2). A manera de resumen puedo señalar que la pediatría surge durante la segunda mitad del siglo XIX, separándose poco a poco de la obstetricia, reduciéndose esta al parto y las atenciones médicas cercanas al parto y al primer manejo médico del recién nacido.

Concibo a la pediatría según el concepto presentado por Genta (2006: 297): “La pediatría se ocupa tanto de las enfermedades como de los trastornos del ser humano durante el período comprendido entre el nacimiento y el final de la adolescencia (aproximadamente los primeros 18 años de vida), y cubre sus etapas de mayor crecimiento y desarrollo”. Resulta interesante que en pleno siglo XX, algunos de los pioneros de la pediatría, la consideraban como una parte de la medicina interna, y no una especialidad independiente.

Genta (2006: 303) retoma a uno de los máximos representantes de los estudios sobre alimentación infantil, Adalbert Cezerny cuando sentenciaba: “La pediatría no es una especialidad, es la medicina interna del individuo humano desde el día de su nacimiento hasta su pubertad”. Otros datos interesantes proporcionados por el autor, es que en 1884 la primera conferencia pediátrica tuvo lugar durante el VII Congreso Médico Internacional en Copenhague. Mientras que la Asociación Internacional de Pediatría se fundó en París el 28 de junio de 1910, y en la misma ciudad se llevó a cabo el primer Congreso Internacional de Pediatría en el año de 1912 (2006, 303).

En el caso de México, “cuando se piensa en la historia de la medicina mexicana, el siglo XIX figura como una de las etapas en las que la medicina encontró su definición como actividad científica, alejándose del “arte”, acercándose al positivismo para, finalmente entrar al curso de la medicina internacional, básica y aplicada” (Cházaro, 2002: 18). La enseñanza de la medicina tuvo inicios precarios y con un bajo nivel académico, así lo señalan Sanfilippo y Flores (1991: 9) en la narración de la carrera universitaria de Manuel Carpio en 1823:

Cuando Carpio tomó esta resolución (la de estudiar medicina) no había entre nosotros ramo de enseñanza mas (sic) descuidado, ora fuese por poca estima que de tan útil ciencia se hacía, ora porque se ejercicio se tuviera en menos. Sólo en las universidades de México y Guadalajara había cátedras de aquellas facultad; en ellas se aprendía poco, y de eso poco quizá una parte eran errores que valiera más ignorar que saber. Respecto de cirugía, en la capital se cursaba por el término de cuatro años en el Hospital Real, bajo la dirección de dos cirujanos que daban lecciones de anatomía, sin exigirse estudios previos.

Se decía también (Casimiro Liceaga) que a los jóvenes más torpes se les orientaba hacia la medicina y que ésta había llegado al atraso en que estaba porque España siempre se había puesto a que las nuevas ideas se filtraran hacia sus posesiones americanas.

La enseñanza de la medicina en México era precaria como se observa en la cita, siendo decadentes en la profesionalización y desarrollo de los médicos profesores. Prueba de esto es que es hasta el año de 1833, cuando se promulgó la enseñanza superior de ciencias médicas (Filippo y Flores, 1991: 16):

(...) el médico Valentín Gómez Farías, vicepresidente de la República y a la sazón encargado del poder ejecutivo por ausencia del presidente Antonio López de Santa Anna, promulga la famosa Ley de Instrucción Pública que da nacimiento en el Distrito Federal a cinco establecimientos de enseñanza superior y uno de instrucción preparatoria: 1) Estudios Preparatorianos; 2) Estudios ideológicos y humanidades; 3) Ciencias físicas y matemáticas; 4) Jurisprudencia; 5) Ciencias Eclesiásticas y 6) Ciencias Médicas.

Otro importante avance en este proceso de profesionalización en este mismo año de 1893, fue la inclusión de cursos de pediatría en el plan de estudios de la Escuela Nacional

de Medicina: “En el años de 1893 encontramos el primer registro de una clase de “clínica infantil” a cargo del doctor Carlos Tejeda. A partir de ese año, el propio Tejeda se encargó de llevar adelante la cátedra en el Hospital de Maternidad e Infancia” (Castillo, 2006: 73). “En el programa de 1902, se impartían en el último año de los estudios médicos tanto la clínica de pediatría como la clínica quirúrgica de pediatría; si bien en el programa de 1906 estas materias serían eliminadas, por la necesidad de reducir los años de estudio de seis a cinco, y permanecerían como especialidades” (2005: 173).

Tiempo más adelante y mediante un concurso convocado por el ayuntamiento de la Ciudad de México para ocupar la plaza de médico encargado del servicio de niños en el Hospital San Andrés, el cual constaba de 16 camas, resultó triunfador el Dr. Eduardo Liceaga, quien tiempo después llegaría a ser una importante figura en cuanto al servicio de salud a nivel nacional. Este hospital también sufrió importantes transformaciones, como los señala Jesús Kumate (1982: 104):

Del Hospital de San Andrés pasó este servicio a establecerse, en 1868, a un anexo de la Maternidad de Revillagigedo, y durante los últimos años del siglo XIX fue el centro de preparación de los pediatras mexicanos. Fue en Viena donde se fundó la primera cátedra de Pediatría, por Escherich, y su organización sirvió de modelo a todas las escuelas de medicina europeas. En el Hospital General, inaugurado en 1905, figuraban dos salas para niños: una para infectado y otra para los considerados como no infectados. Un Hospital de Niños, de San Luis Potosí, fundado en 1890, no alcanzó larga vida.

La consolidación de la carrera de medicina y sus respectivas especialidades fue uno de los medios para consolidar esta ciencia, pero al mismo tiempo fue útil para la conformación de la imagen del médico como representante del gobierno y Estado convirtiéndolo en un agente institucional que promueve la salud y que pretende incorporar la medicalización e higiene a la vida cotidiana. Cabrera (1998: 290) enfatiza sobre el tema: “Más allá del aceite de ricino y la quinina y más acá de las pócimas y rezos, e incluso del baile y la presencia de las autoridades para que detengan el ciclo mortal, lo que se encuentra realmente en juego es la transformación de las estructuras mentales, para que penetre la perspectiva médica bajo forma moderna”. Así el médico se transformó en un

importante actor social, como representante de la modernidad tan perseguida por el Estado.

Los inicios de la atención médica a infantes, aún sin llegar a la especialización pediátrica, se fijan en 1865 cuando Carlota Amalia, a través de un decreto imperial de Maximiliano de Habsburgo, crea la Casa Cuna de Maternidad e Infancia, la cual contaba “con 20 camas disponibles es pronto conocida como el Hospital de San Carlos, y cuyas funciones son claramente definidas y consignadas en el decreto de su creación, por lo que concierne a la forma y manera de atender los partos y cuidar de los niños en las etapas inmediatas al nacimiento” (Ávila y Frenk, 1997: 334). Aunque en esta institución se desarrolló más la rama de la obstetricia, considero importante su fundación para el desarrollo de la pediatría.

Otro proceso interesante que tuvo cabida en el porfiriato es el que Carlos Zolla y Ana María Carrillo describen como la medicalización del parto: “los ginecobstetras convierten el proceso del nacimiento en un procedimiento en el que, al parecer, el niño no nace por el trabajo de parto sino por la asistencia médica, y a las parturientes las convierte en pacientes enfermas. Es decir, que el ciclo biológico del embarazo y parto se medicalizó” (Alanís-Rufino, 2009: 64). Resulta lógico que si los médicos tomaron el control del embarazo y parto, esta línea se extendiera hacia el desarrollo físico del niño.

Con estos incipientes intentos de atención a la infancia mexicana mucho no pudo mejorarse su situación, y es hasta el triunfo de las fuerzas liberales y la creación de un Estado en donde se produjo la consolidación de una red de instituciones de asistencia y en la profesionalización de la medicina pediátrica, esto último con la inclusión de cursos y cátedras pediátricas en la Escuela Nacional de Medicina. Para esto influyó mucho el contexto político cultural, interviniendo dos factores principales, señala Castillo: “la consolidación de una lectura política del factor demográfico y la convicción que orientaba a las élites según la consigna de que gobernar era sinónimo de poblar.

Con la puesta en escena del concepto de salud infantil y escolar, fueron creándose más maternidades, casas cuna y parvularios a cargo del Estado, además de que en el mundo comenzaron a redactarse leyes para menores. Además, se debe mencionar la creación de una red de instituciones vinculadas al Estado que disponían por primera vez

de un aparato estadístico para contextualizar sus estudios relativos a la población” (2006: 77). Pasemos pues a los años que siguieron al fin de la lucha armada en México.

Atención médica especializada a la infancia después de la Revolución mexicana.

Posterior a la Revolución, y aunque durante la misma se trataron de mantener muchas de las políticas de Estado relativas a la salud e higiene pública y por ende también la infantil, pudo recobrase nuevamente le camino hacia la profesionalización de la pediatría y el cuidado a la salud infantil. Del Castillo (2006: 115) señala que los médicos (generales) aumentaron del año de 1895 a 1910, de 2,280 a 3,019. Lo que significaba 1.80 a 1.99 médicos por cada 10,000 habitantes.

Aunque aumentaron los médicos, en la mitad de las entidades bajó, tanto así que en “Campeche, Colima, Guanajuato y Nuevo León el descenso fue absoluto. En Yucatán, Oaxaca y Sonora, en cambio, se registraron los más elevados incrementos relativos. En el Norte y en el Golfo de México se daban los más altos coeficientes con el Distrito Federal y en el Pacífico Sur, como en Guerrero” (del Castillo, 2006: 115). En este contexto, el nuevo gobierno tuvo una ardua tarea por delante, reactivar las políticas y/o implementar nuevas, con las modificaciones necesarias para el nuevo contexto y objetivos nacionales.

Ya más entrado el siglo XX, después de 1910, el número de médicos fue aumentando progresivamente, con mayor concentración en la ciudades de los Estados, como puede verse en el siguiente cuadro para el caso de Yucatán, el cual tomé de la *Monografía sobre la Salud Pública de Yucatán*, emitido por los Servicios Coordinados de Salud Pública (s/a: 184):

Cuadro 4. Médicos en el estado de Yucatán

Año	No. Médicos	Población	Proporción
1900	117	309 582	1: 2 646
1910	192	339 613	1: 1 768
1920	215	353 486	1: 1 644
1930	231	386 096	1: 1 671
1940	390	418 210	1: 1 072

1950	425	516 899	1: 1 216
1960	518	614 049	1: 1 185
1970	730	758 355	1: 1 038
1980	1000	1 063 733	1: 1 1063
1990	1400	1 362 940	1: 973

Junto con el aumento de médicos, la preocupación de la higiene y la salud infantil en general re-surgió, y la necesidad de proporcionar una atención médica especializada en el cuidado infantil a todos los niños mexicanos. Es decir, la reconocer a niño como un sujeto en un proceso particular de desarrollo, el cual necesita un tratamiento especial, tanto física, biológica y psíquicamente. Así, los pediatras y pedagogos se convirtieron en la vía del Estado para la materialización de sus políticas.

No resulta poca cosa la capacidad de especialización y distinción de la pediatría, ya que hasta la mitad del siglo XIX las especialidades médicas, por lo menos en México no van más allá de la oftalmología, la gineco-obstetricia, dermatología y la psiquiatría, las más populares: la cirugía y la medicina interna. Cabe destacar, que a pesar de que la bacteriología estaba progresando rápidamente, no hay la especialidad de infectología como tal, la figura más parecida son los sanitaristas, quienes si gozaban de popularidad.

En México, Ávila (1997: 338) señala que la pediatría desde la Independencia hasta nuestros días puede caracterizarse por cuatro etapas: 1. De 1870 a 1905, en la cual la pediatría se independiza de la medicina general, la cirugía y la obstetricia. Dentro de este periodo, en el año de 1893 se presenta el plan de estudios de la Escuela Nacional de Medicina la clase de “clínica infantil”. 2. De 1925 a 1943, donde la pediatría lucha por su legitimación e independencia de las mencionadas especialidades, influenciada por las necesidades nacionales y las enseñanzas del extranjero. Cabe destacar que en esta etapa se inaugura el Hospital del Niño de Mérida, reafirmando lo que Ávila sentencia. Cuarta: desde 1963 la pediatría se difunde, diversifica e incursiona en grandes centros especializados, a nivel central o regional, echando mano de la tecnología de punta. Se

destaca que en esta etapa también se da una disminución del ritmo que venía llevando el desarrollo de la pediatría.

Ya en 1921, se hacía evidente la necesidad de profundizar más sobre la salud del niño, y ejemplo de esto es el extracto de la presentación del Dr. Rafael Santamarina, durante el Primer Congreso Mexicano del Niño (1921: 265):

“Conocimiento actual del niño mexicano desde el punto de vista médico-pedagógico”.

Sin tener en cuenta por lo que al desarrollo biológico del niño se refiere, sino los datos que pueden ser aprovechados para su educación, es decir, sin considerar todo lo que se tiene que saber sobre su funcionamiento, su metabolismo, composición de sangre, número de glóbulos, etc., etc., todo esto poco estudiado entre nosotros, pero que no es el motivo de este trabajo, sí, necesitamos conocer su desarrollo orgánico, el de su esqueleto, etc.; de todos estos datos, algunos conocemos, como son los que se refieren al peso y talla de los niños de más de 6 años y menor de 15, por lo que al desarrollo general se refiere. Por parte del aparato respiratorio, se han hecho muchas mediciones, pocas con resultados prácticos y menos conocidos; si existen los datos obtenidos, nadie los conoce, unos han quedado sólo en los informes oficiales, otros en trabajos científicos poco conocidos, y otros, los más, forman parte del tesoro a que antes me refería y el egoísmo de los que los han obtenido los guarda como oro en polvo. Cosa semejante nos acontece con los aparatos circulatorio y digestivo.

El Dr. Santamarina llama la atención al poco conocimiento científico relacionado con el desarrollo físico del niño mexicano, así como a la poca difusión de los estudios realizados sobre talla y peso. Esto lleva a considerar que la especialización médica se daba en grupos de estudios selectos y cerrados, es decir, los estudios e investigaciones no era difundidos para enriquecer la práctica general. Así, los pediatras intentaban fundamentar la especialidad como aquella que conjugara una categorización de la vida y el desarrollo humano, es decir, es una clínica para una etapa particular de la vida. Ya Florencio Escardó afirmaba, pensando en la pediatría que: “La medicina es una actividad cultural [...] un ejercicio cultural de la inteligencia” (Ansúa, 2012: 231).

Ejemplo de estas categorizaciones es la desarrollada por el doctor Marfan, quien Castillo (2006: 67) señala como un médico sobresaliente del Hospital de Enfermedades Infantiles de París, quien define la infancia como el período desde el nacimiento hasta la

pubertad, de 12 a 16 años, caracterizado por ser el de mayor crecimiento, de mayores cambios y profundas modificaciones biológicas y psíquicas. Esta clasificación es la siguiente:

1. La primera infancia, que incluía los dos primeros años de vida, era sin duda la más importantes y se encontraba atravesada por diversos trastornos digestivos, bronconeumonías, atrofas y atrepsias, eczemas, piodermatitis, eritemas, parálisis espinal, eclampsias y el frecuente raquitismo.

2. La segunda infancia, que consideraba del segundo al séptimo año, estaba marcada por el inicio del desarrollo del sistema nervioso y las actividades motrices y psíquicas; presentaba entre las enfermedades más frecuentes las fiebres eruptivas, la tosferina, la difteria y las meningitis tuberculosa y ósea.

3. La tercer infancia, la menos relevante en términos pediátricos en tanto que no aportaba diferencias sustanciales respecto de la etapa adulta, simplemente se extendía de los siete años a la pubertad.

El objetivo de los médicos pioneros en esta área era alcanzar un manejo médico especializado en los niños, análisis de su constitución e historia familiar, su fisionomía, color de piel, su desarrollo, robustez, su grito y los signos exteriores visibles, analizando la boca, ojos, vientre, pecho, circulación, temperatura, calorificación y peso. Interpretar el cuerpo infantil se fue convirtiendo en toda una habilidad, interpretar su lenguaje, su mímica y su actitud, sus secreciones, sus vómitos y sus deposiciones, eran los mecanismos para el diagnóstico exitoso.

Resulta obvio que en cada país el desarrollo de la pediatría tuvo una historia particular como resultado de los procesos políticos, sociales y económicos que atravesaban. El caso de México es el ejemplo perfecto de esto, primero dentro de la llamada dictadura porfiriana que buscaba homogenizar las condiciones generales de la población con el fin de contar con mano de obra saludable y apta para las transformaciones que la industrialización traería consigo.

Durante el levantamiento armado la intención fue mantener lo más estable las enfermedades infecciosas principalmente, y las condiciones higiénicas en el país. Posteriormente en la reconstrucción del país y la búsqueda de mejores condiciones para la población la salud infantil recobra importancia vital, particularmente las políticas de

prevención de enfermedades y la promoción de una correcta alimentación. Las primeras sustentadas en el avance de la medicina, la tecnología médica (instrumentos para el diagnóstico, tratamientos y nuevos medicamentos) y la consolidación de la pediatría como especialidad.

La conjunción de estos tres elementos permitió el progreso y difusión de que hacer pediátrico, así como la construcción de hospitales especializados en el país como indicadores de desarrollo y expresando la preocupación que el nuevo gobierno tenía para con sus niños. Como ejemplo de cómo la pediatría se fue instalando en el país, en el siguiente apartado presentaré de forma breve, la historia, a principios del siglo XX de la pediatría en Yucatán, los factores que coadyuvaron a su desarrollo y su aceptación en la sociedad y gobierno. También algunos de los hospitales más importantes en México, serán abordados a continuación con el objetivo de demostrar cómo la pediatría se sirvió de ellos para dar a conocer su labor, y la utilidad social de su existencia, además de que fueron vistos como grandes obras del Estado.

El desarrollo de la pediatría en Yucatán y hospitales en México especializados en la niñez.

En Yucatán la pediatría estuvo influenciada por dos países distintos, pero que ofrecían una oportunidad única de aprendizaje para los médicos yucatecos, estos fueron Cuba y Francia. Señalo lo anterior a razón de que los primeros pediatras yucatecos, mismos que abrieron paso a escuela pediátrica reconocida a nivel nacional, acudían a especializarse a alguno de estos dos países. La elección del país dónde realizar la especialidad dependía básicamente de la situación económica de los médicos: los más favorecidos viajaban a Francia o de lo contrario, Cuba era el destino inmediato para las prácticas profesionales.⁵⁴

Vale la pena recordar que en 1933, fue construido el Hospital Infantil Pedro Borrás Astorga, en La Habana, Cuba, es decir, siete años antes que el primer hospital del mismo tipo en México. La cercanía con la isla y la histórica relación de ambos países permitió el

⁵⁴ Ambos médicos entrevistados, el Dr. Mario Lizárraga González y Dr. Federico Patrón Sánchez, señalaron esta situación.

intercambio de conocimientos y profesionales entre Yucatán y la isla. Desde el siglo XIX, buena parte de las corrientes ideológicas procedían de Europa, especialmente de Francia. En respuesta al relativo aislamiento de la península en relación al centro del país y su cercanía con Cuba, se estableció un intercambio cultural y científico entre médicos cubanos y yucatecos. Con una amplia tradición médica, la Habana era y sigue siendo un centro médico de primer orden, el cual inspiró la organización del Hospital del Niño de Mérida.

Por otro lado, ya he mencionado la importancia del país europeo como punta de lanza de la pediatría, la puericultura y otras disciplinas dedicadas al cuidado infantil. Esto se corrobora en la conferencia inaugural del Presidente del Colegio de Médicos de Yucatán, Dr. Efraim (sic) Gutiérrez Rivas en el marco del Primer Congreso Médico Peninsular, el jueves 26 de octubre de 1933:⁵⁵

En este ambiente de cordialidad palpita un sentimiento de gratitud para todos los hombres que en forma alguna han contribuido para la creación de nuestra Escuela, gratitud que quiero hacer llegar a la Escuela médica francesa, elevado exponente de la cultura de Francia a cuya indiscutible influencia; desde su fundación, debe nuestra Escuela gran parte de su prosperidad, toda vez que buen número de yucatecos, después de haberse graduado o perfeccionado en sus estudios en aquella entidad han difundido sus conocimientos en nuestra Escuela haciendo más amplia y eficiente la enseñanza de la medicina.

Como antecedente histórico, en el caso de Yucatán, los estudios de historia de la ciencia muestran que el proceso de cambio ocurrido en el siglo XIX tuvo tres direcciones principales: la medicina, la literatura y la filosofía. La consolidación de la medicina en el estado surgió como resultado de la existencia de variables culturales de identidad regional (influencia europea y caribeña), los propósitos e intereses de políticos liberales que estaban en el poder, la deficiente salubridad en el estado y como respuesta al binomio educación/ avance social al que comerciantes y empresarios quisieron responder.

⁵⁵ Memorias del Primer Congreso Médico Peninsular, Mérida, Yuc., Mex. Compañía Tipográfica Yucateca, S.A. calle 60 No. 521, 1934.

Puede observarse en las siguientes tablas, donde se presentan algunas de las asignaturas del plan de estudios en la Escuela de Medicina, a fines del siglo XIX y primera mitad del XX, en la Universidad Autónoma de Yucatán, iniciaban las cátedras relacionadas con el cuidado infantil. En las dos tablas puede verse cómo la introducción de cátedras relacionadas con la infancia se fue dando. Primero con las relacionadas con la higiene y la obstetricia, después, mucho más especializado, en 1907, la facultad de medicina, en el quinto curso incluía en su programa las asignaturas de obstetricia y patología infantil.

Tabla 7. Plan de estudios en la escuela de medicina, 1907

Grado	Materia
1°	Anatomía Histología
2°	Anatomía Histología Fisiología
3°	Patología Interna Patología Externa Medicina Operatoria
4°	Clínica Médica 1° Clínica Externa Elementos de Farmacia
5°	Clínica Médica 2° Clínica Quirúrgica Materia Médica y Terapéutica
6°	Obstetricia Clínica Obstétrica Medicina Legal Higiene

Fuente: Carlos Urzaiz citado por Salvador Couoh Jiménez, p. 141

Tabla 8. Programa escolar para el 5º grado de la carrera de medicina

Asignatura	Profesor titular
Anatomía Topográfica y Medicina Operato	Dr. Eusebio Acosta y Reyes
Dietología	Dr. Antonio Peniche Castellanos
Obstetricia	Dr. Efraín Moguel
Patología Infantil	Dr. José Luis Peniche Vallado
Dermatología y sifilografía	Dr. Luis Peniche Vallado
Radiología	Dr. Cirilo J. Montes de Oca

Fuente: Francisco Luna Kan, p. 336.

Gracias a esta paulatina especialización en la medicina pediátrica y a los médicos especialistas que regresaron del extranjero a impartir cátedras y ejercer la pediatría, esta se desarrolló en el estado. Algunos de estos precursores fueron, según lo mencionado por Luna Chan (s/a: 336): Dr. Nicolás Cámara Vales, graduado en Berlín (1900), Dr. Álvaro Carrillo Gil, realizó investigación sobre alimentación (1927), Dr. Manuel Acevedo Ruiz del Hoyo, estudios sobre patología infantil (1930) y el Dr. José F. Díaz, especializado en neuropsiquiatría e higiene infantil (1936).

Ubicados en los albores del siglo XX, los primeros médicos pediatras que llegaron a Yucatán fueron el doctor Nicolás Cámara Valdés, el doctor Ignacio Peón Aznar que desarrolló sus estudios en Estados Unidos, ambos de origen Yucateco. Ambos ejercieron como pediatras, pero no “hicieron escuela”, ya que fue hasta que el doctor Francisco Colomé Trujillo cuando se estableció en la Escuela de Medicina en el estado la cátedra de clínica pediátrica primero, y pediatría años después.⁵⁶

Al presentar el caso yucateco no busco hacer una comparación con el desarrollo de la pediatría en el centro del país, por el contrario, la información recabada en ambas áreas enriquecen la perspectiva nacional relativa a la cuestión. La influencia francesa tuvo impacto en todo el país, pero una de las peculiaridades de la pediatría yucateca es la

⁵⁶ Información proporcionada por el Dr. Federico Patrón Sánchez, durante entrevista el día 10 de octubre de 2013.

hibridación de esta con la medicina pediátrica cubana. Pero más que diferencias encuentro similitudes, la preocupación por la alta mortalidad de niños en el país, la higiene como desarrollo social, y la separación de la medicina materno y la infantil. Recordemos que entre los ejes principales del Estado posrevolucionario estaba la expansión de los sistemas de salud, vinculado al mejoramiento de la calidad de vida.

Ya he mencionado que uno de los factores de cambio con respecto al cuidado de enfermos y específicamente la atención médica a la infancia fue la transformación de los hospitales. Los cuales dejaron de ser depósitos de pobres y mendigos para convertirse en escuelas y centros de investigación médica. Es importante destacar que este cambio no fue instantáneo, ya que durante décadas los dispensarios siguieron siendo la primera opción de atención para gran parte de la población, esto debido a que la confianza en los médicos y sus tratamientos eran vistos como peligrosos o poco eficaces algunos ciudadanos desconfiados. Con esta idea justifico la importancia del estudio de los hospitales, en este caso los especializados en la infancia, mismos que presentaré a continuación.

La fundación de hospitales pediátricos en México, el caso del Hospital Infantil de Mérida.

El objetivo de los hospitales desde el siglo XVI hasta el XIX era la preservación del orden social al ocuparse de los enfermos y necesitados. Pero durante este periodo se dieron acontecimientos que ya señalé en el primer capítulo que los fueron transformando. A finales del siglo XIX se promovió la construcción de hospitales, considerándolos como el lugar propicio para atender a los enfermos, por su higiene y personal instruido. Kumate y Soberón (1989:28) hablan de esta expansión hospitalaria: “Ante la necesidad de extender la cobertura se llevaron los servicios médicos tipo central a la periferia, acción que Helberg califica como “una distribución centrífuga de la medicina hospitalaria simplificada...” “.

Con los años, el hospital tuvo que acoplarse a necesidades más complejas, necesitando más personal, instalaciones más grandes y específicas, mejor organización y aumento en sus costos de operación. En el hospital “moderno” tres son los ejes que

interactúan en un hospital: la ciencia médica y su educación, la tecnología y la política de Estado referente a la atención a la salud, en estos radica su importancia. Hersch (1984: 62-63) lo describe de la siguiente manera: “(...) el hospital es un lugar fundamental de entrenamiento para casi todo el personal que trabaja en salud, posee un importante peso político debido a la concentración de personal, saber y tecnología, y finalmente un sitio de alta concentración de inversión.

Actualmente se considera que el mejor lugar de atención para un enfermo grave es el hospital, pero esto no siempre fue así. Durante décadas mucha gente intentaba no ser internada en un hospital: “el hogar era donde el enfermo debía de ser tratado, y los hospitales estaban asociados con el pauperismo y la muerte” (López, s/a: 195). Los hospitales se han convertido en el eje de cualquier sistema sanitario, reflejo de condiciones económicas, políticas, culturales y sociales. Esta institución médica está íntimamente ligada a la estructura del Estado y el pensamiento médico del momento. Este último siendo el que determina no solo el tratamiento a los enfermos, sino hasta la construcción y distribución del hospital, por ejemplo: en la ventilación, higiene, prevención, etcétera.

En México, en la Constitución de 1917 se habla de “la necesidad de unificar la higiene nacional para regenerar la enferma raza mexicana” (Hersch, 1984: 64). De 1920 a 1935 se generó una serie de instituciones estatales de salud, entre las que se cuenta a la Escuela de Salud Pública en 1925, una de las primeras de América Latina. Ya en el gobierno de Cárdenas la estructura asistencial y preventiva a la salud se define y desarrolla, con hospitales, centros de salud y políticas asistencialistas. Pasemos pues a ejemplificar con casos particulares, la importancia e impacto de los hospitales, en este trabajo los especializados en la infancia.

Para iniciar, la Escuela Dr. Balmis, inaugurada el 2 de enero de 1911, aunque no era oficialmente un hospital, si fue de los primeros centros en los que se atendía exclusivamente a infantes, particularmente con padecimientos relacionados con la piel. Ana María Carrillo (2005: 192) describe su distribución: “(...) para niños enfermos de la piel, la cual tenía varios salones de clase, patios, comedor, cocina, excusados, baños con tinas para el tratamiento de los niños con sarna; asimismo, un departamento médico,

compuesto por un laboratorio y una sala de aplicación de rayos X para el tratamiento de la tiña tonsurante”.⁵⁷

Un centro especializado en enfermedades de la piel infantil, a principios del siglo XX habla de los primeros intentos de la medicina en buscar la especialización y la consolidación de la pediatría en el país. Sin embargo, así como otras instituciones educativas y sanitarias, la Escuela Dr. Balmis se vio afectada por la revuelta armada y cerró a los pocos años de funcionamiento. Posteriormente el Estado, a pesar de las cuantiosas inversiones en la red hospitalaria y políticas preventivas, la tasa de mortalidad en los menores de cinco años era alta, Kumate (1991: 6) menciona que era el 48%, aunque la mortalidad en otras edades decreció. En el siguiente cuadro pueden verse las distintas enfermedades y su tasa en México, entre 1929 y 1987. Resulta interesante ver que durante casi todo el siglo XX, al igual que en el XIX, las principales enfermedades que casaban la muerte de los menores eran las diarreas y las enfermedades respiratorias, como hasta el día de hoy.

Tabla 9. Mortalidad en México: 1929-1987

Causa	1929		1987		1987
	Defunciones	Tasa *	Defunciones	Tasa *	Tasa *
*Diarreas	70371	431.6	29639	36.5	8.5%
*Influenza y neumonías	61437	371.1	20877	25.7	6.9%
*Tos ferina	18668	114.5	479	0.6	0.5%
*Accidentes y violencia	17445	107.0	15638	19.3	18.0%
*Paludismo	14539	82.9	0	0	--
*Sarampión	12890	79.1	0	0	--
*Viruela	11304	69.3	22886	28.2	45.5%
*Debilidad congénita y malformaciones	10166	62.0	5999	7.4	12.1%
*Tuberculosis pulmonar	9944	61.0	18029	51.2	33.3%
*Enfermedades del corazón	6257	38.4	16268		
*Enfermedades cerebro-vascular	3214				
*Cirrosis del hígado	2920				

⁵⁷ Tiña en el cuero cabelludo.

*Cáncer	**	19.7	23616	22.2	12.7%
*Diabetes	-	17.9		20.0	11.7%
		**		29.1	--
		-			
* Por mil habitantes.					
**No aparece entre las primeras 20 causas.					

Fuente: Kumate, 1991: 7.

Dentro de este marco social y político cobra importancia el estudio específico del Hospital de Niño Yucateco, los antecedentes históricos que llevaron a su fundación, su funcionamiento así como los factores que llevaron a su cierre en 1966, todo esto como resultado de las políticas en salud infantil tanto a nivel estatal como nacional. La creación de instituciones especializadas como ésta tuvo lugar sobre una plataforma apta para el desarrollo de políticas públicas, mismas que procuraron tener un reconocimiento internacional con el objeto de convertir a México en un país preocupado y ocupado en la salud de su población.

El terreno que se eligió para la fundación del Hospital del Niño de Mérida tenía una superficie de 13 mil 696 metros cuadrados (117,20 x 120 metros), y ubicado en el cruce de la calle 62 y 35, marcado con el número 501 en el centro de la ciudad, la quinta llamada Las Águilas propiedad de Álvaro de Regil Peón que fue objeto de disputa legal entre su propietario y el gobierno del estado de Yucatán. Ocurrió durante la gubernatura del Ing. Humberto Canto Echeverría (1938 a 1942), quien promovió a través del Congreso del Estado la expropiación de dicho terreno. El pretexto para dicha acción era la necesidad pública de un hospital que atendiera únicamente a niños, y su inauguración tuvo lugar el 6 de mayo de 1939. Dice el decreto oficial del estado de Yucatán:⁵⁸

Gobierno del Estado. De causa de utilidad pública se acuerda la expropiación del predio marcado con el número 501 de la calle 35 de esta ciudad, denominado "Las Águilas".

Para combatir la mortalidad infantil que causa en esta Entidad índices muy altos, el Gobierno del Estado determinó el establecimiento de un hospital dedicado especialmente a los niños, ya que en todo el Sureste de México no funciona ninguna

⁵⁸ Mérida, Yuc; Méx; lunes 8 de Mayo de 1939, Núm. 12595. página 1.

institución de esta índole. Existiendo en esta ciudad la quinta denominada “Las Águilas”, ubicado en el predio marcado con el número 501 de la calle 35, deshabitada por largos años y que reúne condiciones favorables para la instalación en él, del hospital infantil, el Gobierno de mi cargo hizo gestiones con el apoderado del actual propietario para adquirir en compra-venta el referido inmueble sin que hubiese podido llegarse a un común acuerdo.

La reacción de Regil de Peón fue la inmediata solicitud de un amparo ante la justicia federal, aduciendo que su predio no era el único adecuado para tal fin, ya que se encontraba en una de las principales calles y rodeado de casas particulares, mismas que se verían afectadas con la dinámica que conlleva una construcción de esa naturaleza. Al ganar el litigio el Sr. Regil el Estado se vio obligado a devolver el edificio, aunque para ese momento el hospital ya estaba edificado.⁵⁹ Pero finalmente, el Sr. Regil de Peón, decidió ceder el edificio al gobierno, aceptando el valor catastral del terreno, Cervera Andrade (1990: 6) explica el movimiento legal de Regil:

(...) añadiendo que sólo había hecho valer su derecho conculcado, a través del juicio de amparo, para poner en evidencia la arbitrariedad e injusticia de la medida expropiatoria. Actualmente es propietario del indicado edificio, que tiene valor catastral de 60 mil 960 pesos moneda nacional (en la fecha en que escribimos estas líneas) el Estado de Yucatán.

Una vez resuelta la disputa legal, quedó el estado como dueño de las Águilas se procedió a la apertura del Hospital del Niño. El hospital inició como el proyecto personal de Gustavo Cisneros Canto, quien en sus repetidas visitas a la Habana, conoció el entonces nuevo Hospital de la Infancia de la Municipalidad de la Habana y al Dr. Aballí, pediatra, quien en una de las visitas al hospital le dijo: “Con el dinero que hay en Yucatán podrían tener un Hospital para niños que además de ser un adelanto daría prestigio al país” (Cervera Andrade, 1990: 56). A su regreso a Mérida y tras convencer al gobernador Canto de lo positivo del proyecto comenzaron los preparativos para el Hospital del Niño.

⁵⁹ “Se iniciaron los trabajos con la demolición de la vieja casona el día 10 de julio de 1939 y siete meses después ya el Hospital estaba terminado” (Cervera Andrade, 1990: 57).

En principio, hubo que encontrar a una persona para responsabilizarse de todas las acciones necesarias, y resultó elegido el Dr. Manuel Acevedo del Hoyo, quien ya había iniciado sus labores como pediatra en la ciudad.

En la primera reunión del Dr. Acevedo con el gobernador, el primero se comprometió a la elaboración de un plan de trabajo específico, mismo que fue rechazado en la segunda junta, ya que se planteaba que monjas estuvieran a cargo del manejo del hospital. Para reunir las condiciones necesarias, se estableció que el Dr. Francisco Colomé Trujillo, quien ya tenía experiencia en el servicio de pediatría del Hospital O'Horán, fuera el responsable de la planificación y organización del hospital. Entonces dio inicio la búsqueda de inspiración para tan ambicioso trabajo por parte de los doctores Colomé y Acevedo. Debido a la influencia de la medicina cubana en la península, se trasladaron a la Habana, convencidos de que ahí la encontrarían. Ya en la capital cubana, fueron recibidos por el Dr. Agustín Castellanos, quien les facilitó todo lo referente al hospital infantil de dicha ciudad, desde su planificación, organización y funcionamiento, regresando a Yucatán con planos, manuales y programas los cuales conformaban bases más sólidas para el trabajo establecido.

Fue hasta el jueves 1º de febrero de 1940 que el discurso del Sr. Humberto Lara y Lara, en representación el gobernador del estado y el Dr. Jesús Díaz Barriga, Subsecretario de la Asistencia Pública, en representación del Primer Magistrado, el General Lázaro Cárdenas, que tuvo lugar la ceremonia de inauguración del hospital, en la cual el Sr. Humberto Lara inició su discurso con la frase: “Un Gobierno que se preocupa por unirse a la niñez con el caro don de la salud, por cultivarla en la alegría de vivir, por hacerla fuerte y bella, es un Gobierno digno” y cerrando al enunciar: “Y es esto justamente lo que el Gobierno de Yucatán está llevando a cabo, paralelamente a la reivindicación económica del proletariado campesino y urbano, que la Revolución propugna” (Gobierno del Estado, 1940: 130-134).

En dicho discurso, también se señalaron los ideales que se persiguieron con la creación del hospital, controlar el desarrollo del embarazo, iniciar el cuidado del niño a través de reglas de alimentación y normas de salud, intervenir en la vida del niño en su

propia casa, robustecerlo e incidir en su vida para que sea ejemplo en su hogar de salud e higiene. En resumen, hacer de él un hombre útil y capaz de servir de múltiples maneras a su país.

Los objetivos establecidos del hospital, estaban relacionados con la curación de niños pobres a través de la consulta externa, educar a las madres por medio de platicas, conferencias y cartillas instructivas y crear una cátedra de enfermeras y médicos especialistas en pediatría. Para tales logros, el hospital contaba con laboratorios de análisis clínicos y de bromatología,⁶⁰ un departamento de metabolismo, rayos X, fisioterapia, ortopedia, odontología, oftalmología y otorrinolaringología, todos estos servicios a disposición de menores de 12 años de edad. Una descripción más detallada de los servicios que prestaba este hospital se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 10. Relación de áreas y servicios en el Hospital del Niño

Área / Servicio	Observaciones
Consulta externa	100-150 consultas diarias, de lunes a domingo de 6-9 horas. En los consultorios se recibían a los enfermos para hacerles el primer examen y determinar si deben internarse o podían ser atendidos ahí mismo.
Urgencias pediátricas	24 horas.
Laboratorio de análisis clínicos	
Laboratorio de bromatología	
Laboratorio de metabolismo	
Rayos X	
Fisioterapia	
Ortopedia	
Odontología	
Oftalmología	
Otorrinolaringología	
Cirugía y ortopedia	

⁶⁰ Estudios de los alimentos, en cuanto a su producción, manipulación, conservación, elaboración, distribución y sus estado de toxicidad e higiene.

Farmacia	
Nefrología	Desde 1966.
Traumatología	
Infectología o infecto-contagioso	Enfermos de sarampión, tos ferina, paperas, tifoidea, etcétera. Contaba con cubículo aislados.
Cardiología	Desde 1947.
Anfiteatro	
Lavandería y desinfección de ropa	
Departamento del conserje y mozos del servicio	
Biblioteca	

Fuente: Gobierno del Estado de Yucatán. El Hospital del Niño. Inaugurado el 1º de febrero de 1940.

Durante la entrevista realizada el 10 de octubre de 2013, en su consultorio de la Central Pediátrica de Mérida, el Dr. Federico Patrón Sánchez,⁶¹ médico pediatra que laboró en el Hospital del Niño, lo describió así el hospital:

Contaba con 3 salas de 20 camas cada una, una hilera de camas, otra hilera de cunas. En la sala del primer piso, entrando al hospital, estaba la sala de medicina interna donde se atendía a niños con neumonía, por ejemplo. También ahí estaba la sala de cirugía, También con 10 cunas y 10 camas, donde veían áreas como otorrino, traumatología y nefrología.

En el cuarto trasero estaba el área infecto-contagioso, donde se colocaban pacientes con salmonella entre otros. Este era el departamento donde trabajaba, era el subjefe y me pagaban \$5.00 pesos diarios y ya cuando llegué a ser médico interno, \$15.00 pesos diarios. Contaba el hospital con una gran sala de espera para la consulta externa, con 150 sillas, ahí se atendían aproximadamente unos 150 pacientes diarios. Existía también una salita-comedor de niños y una cocina junto a la sala de medicina interna, el personal también tenía derecho a los alimentos del hospital.

⁶¹ La carrera profesional del Dr. Patrón fue diversa, a saber: 1951 terminó la especialización pediátrica en Cuba, al mismo tiempo que trabajó en la consulta externa. En el Hospital del Niño ejerció durante 4 años como médico interno. Posteriormente en el Seguro Social T1, como Jefe del departamento de pediatría clínica, de hecho el fue de los médicos que inauguraron el área. También fue profesor en la especialización de pediatría en la UADY durante 38 años, presidente de la Sociedad Yucateca de Pediatras y fundador de la Central Pediátrica de Mérida.

El laboratorio estaba fuera de las salas, ahí se realizaban exámenes básicos como parasitología, pero nada muy especializado. Ya en el segundo piso, quirófanos y rayos X, y tenía su saloncito (sala de espera para rayos x).

Independiente del edificio principal estaba el departamento de hidratación y transfusiones, únicamente procesos ambulatorios. Se tenían dos o tres enfermeras por sala, y una jefa de enfermeras, la cual fungía como la administradora del hospital y vivía ahí mismo.

La especialización del hospital implicaba la complejidad de los servicios y un número considerable de personal médico, administrativo y de servicios para su correcto funcionamiento. Es el puesto de director el que conlleva mayor responsabilidad, y en el caso del Hospital del Niño, varios médicos fueron los que lo ocuparon durante sus 26 años de funcionamiento lo que puede observarse en la siguiente tabla. Los puestos del hospital estaban clasificados de la siguiente manera: personal facultativo,⁶² personal auxiliar facultativo y servicio administrativo y doméstico (Gobierno del Estado, 1940: 26). En el siguiente cuadro se detalla parte del personal que laboró en el hospital, específicamente aquellos que ocuparon el cargo de directores. Resulta interesante destacar la designación de la Dra. González Oropeza, única mujer que ocupó el puesto.

Tabla 11. Relación de directores del Hospital del Niño durante su funcionamiento.

Nombre	Periodo
Dr. Francisco Colomé Trujillo	1º de febrero 1940 a 10 de julio 1940
Dr. Manuel Acevedo Ruiz del Hoyo	Agosto a septiembre de 1940
Dr. José Lavalle Peniche	Octubre 1940 a 1952
Dra. Olga González Oropeza	1952 (año en que fallece el Dr. Acevedo Ruiz del Hoyo y se bautiza al Hospital de Niño en su honor) hasta 1953.
Dr. José Lavalle Peniche	1953 a 1958

⁶² Cada sala de atención tenía un jefe de servicio y dos médicos auxiliares (cada uno tenía a su cargo una hilera de camas, ya sean las cunas o las camas pediátricas).

Dr. Antonio Peniche Castellanos	1958 a 1964
Dr. Alberto Baqueiro Cantón	1964 al cierre en 1966 ⁶³

También se les ofrecía de forma gratuita latas de leche condensada, como sustituto de leche de fórmula, y avena a los niños bajos de peso, dependían de los presupuestos de la federación y del estado, mismo que compartía con otros hospitales y sanatorios que aunque en menor medida, como se verá en la tabla siguiente, también ofrecían atención médica a niños accidentados⁶⁴ de toda la península de Yucatán.

Cuadro 5. Presupuestos asignados a hospitales.

Presupuesto Anual					
	1941	1943	1964	1965	1966
Hospital O'Horán y "Asilo Ayala"	\$1,100.00	\$1,500.00	-	-	-
Hospital O'Horán	-	-	\$400,000.00	\$410,000.00	\$210,000.00
Hospital del Niño	\$362.00	\$450.00	\$63,525.00	\$155,875.00	\$45,000.00
Hospital Leandro León Ayala. "Asilo Ayala"	-	-	\$154,000.00	\$201,000.00	\$67,000.00

Fuentes: Diarios Oficiales del Estado de Yucatán y presupuestos del estado publicados en el Diario del Sureste.

⁶³ Se menciona que el cierre fue el 10 de febrero de 1966.

⁶⁴ Entre la gran diversidad de los accidentes encontrados puedo mencionar: flagelado con faja de cuero, lesionado con filo "Gillet", lesionado por otro menor con una piedra, caída desde un árbol, atropellado por bicicleta, atropellado por camión de carga, quemaduras, disparo de rifle, tropezar con el asfalto, herido con un cortaplumas, herida auto-infringida con serrucho, quemaduras por estallido de caldera, bala perdida, quemaduras por caldo caliente, se aventó de un camión en movimiento, explosión de dinamita, caída desde veleta, otro menor le torció el brazo, lesionado "por mudo", se estrelló contra la defensa de un automóvil mientras corría, ingestión de petróleo, herido por canica, lesiones causadas "por un chino", quemaduras con manteca hirviendo, lesiones por patadas, caída de un truck, quemaduras por la explosión de un acumulador de auto, pisada de caballo, lesiones con un trompo, arrastrado por un caballo, violación, mordido por otro menor.

El Dr. Francisco Solís Aznar relata sus memorias sobre el Hospital del Niño de Mérida (1997: 395-396), durante su participación y el panorama salubre en que se encontraba la ciudad de Mérida y la salud de sus niños:⁶⁵

Grande fue en consecuencia, mi asombro al ingresar como médico voluntario al servicio del nuevo hospital, inaugurado el 1º de febrero de 1940, al contemplar las grandes avalanchas de gente de la ciudad de Mérida, del interior del estado y aun de toda la península, que acudían a solicitar servicios médicos. La consulta externa, planeada para atender 30 consultas a cargo de dos médicos, hubo de ampliarse hasta 120 consultas, a cargo de cuatro médicos que trabajábamos allí hasta la extenuación. Contaba con servicios de laboratorio, otorrinolaringología y dental. Las madres que acudían a la consulta en nuestro hospital se quejaban de que sus niños no digerían la leche, eructaban el plátano, el huevo les producía meteorismo, el frijol les daba diarrea y las tortillas lombrices; la erupción de los dientes, calenturas, y las frutas, disentería, sin darse cuenta de que todos eran víctimas del mismo enemigo invisible, traicionero y mortal, que era transportado por el único elemento vital que todos ellos usaban: el agua. Ya fuera de pozo o de aljibe, siempre contaminada con colibacilos patógenos, shigellas, salmonelas, huevos de parásitos e innumerables virus, tan graves algunos como el de la poliomielitis.

La tabla que presento a continuación permite observar que la atención a niño estaba distribuida entre el Hospital del Niño y el Hospital O'Horán, aunque el primero fue ganó terreno con los años. También llama la atención la cantidad (la mayoría) de niños que eran atendidos en su casa, lo que me lleva a pensar que puede deberse a dos cuestiones principales: 1. Los accidentes en los niños era muy frecuentes por lo que no eran considerados hechos extraordinarios y, 2. La pediatría aún no se consolidaba como especialidad médica y acudir a un médico por daños considerados menores no se consideraba necesario.

⁶⁵ La fuente completa se encuentra en anexos.

Cuadro 6. Atención médica a niños accidentados de 1940 a 1945

	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Hospital del Niño.	4	3	16	23	18	17
Hospital O'Horán.	16	22	26	9	8	1
Sanatorio de Henequeneros.	1	2	0	0	0	0
Sanatorio de la "Unión de camioneros de Yucatán" (niños atropellados).	0	2	0	0	0	0
Niños atendidos en su domicilio o sólo recibieron reconocimiento médico.	38	18	51	39	26	35
Sanatorio "La Ibérica".	0	0	2	0	0	0
La Cruz Roja	0	0	0	3	10	6
Sanatorio del Dr. Ernesto Guzmán.	1	0	0	0	0	0

Fuente: AGEY, Fondo Poder Ejecutivo, Libros del Departamento Médico Legal.

Al respecto el Dr. Federico Patrón Sánchez⁶⁶ señala que en la década de los años cuarenta no había subespecialidades médicas como hoy en día: "No habían cirujanos pediatras, pero sí cirujanos con intención pediátrica. Al igual que otras especialidades, se iniciaban las subespecialidades en pediatría, pero, por ejemplo un cardiólogo podía estar más orientado a la atención a niños, pero también podían atender adultos. Los mismo ocurría en todas las especialidades". Esto indica que las subespecialidades aún estaban emergiendo, además de que en respuesta a las necesidades, los médicos no limitaban su atención.

De regreso a la cuestión económica, el Hospital del Niño se mantuvo durante sus 26 años de vida de subsidios tanto federales como estatales, a continuación presento dos ejemplos de presupuestos federales:

1. Acuerdo que concede un subsidio para el Hospital del Niño, en Mérida, Yuc.
Acuerdo para la secretaría de la Asistencia Pública, ccp. la de hacienda:

⁶⁶ Entrevista el 10 de octubre de 2013, en su consultorio.

CONSIDERANDO que es deber del Gobierno Federal el prestar una ayuda económica a los Gobiernos de los Estados, a fin de ampliar sus servicios de asistencia social;

CONSIDERANDO que el Gobierno del Estado de Yucatán, con la construcción del Hospital del Niño en la ciudad de Mérida, da cumplimiento a este programa, trazado desde un principio por este Ejecutivo a mi cargo, he tenido a bien dar el siguiente

ACUERDO:

De la partida correspondiente del Presupuesto de Egresos de la Secretaría de la Asistencia Pública, concédase al Gobierno del Estado de Yucatán, un subsidio de \$ 30,000.00 (treinta mil pesos), que servirá para el sostenimiento de los servicios del mencionado Hospital.⁶⁷

2. Acuerdo:

De la partida correspondiente del Presupuesto de Egresos de la Secretaría de la Asistencia Pública, concédase al Gobierno del Estado de Yucatán, un subsidio de \$30,000.00 (treinta mil pesos), que servirá para el sostenimiento de los servicios del mencionado Hospital.⁶⁸

La Secretaría de Asistencia Pública era la encargada de establecer el monto de la ayuda económica a cada estado del país, y en el caso de Yucatán y el Hospital de Niño durante los primeros años de su funcionamiento recibió presupuestos considerables por parte de este organismo. Como ejemplo de esto, en los informes de labores de dicha Secretaría, a cargo del Dr. Gustavo Baz, se aprecia el apoyo al importante proyecto (Baz, 1942: 374 y Baz, 1943: 171):

1. Yucatán

No tiene la Secretaría en la actualidad servicios en la Entidad.

Proporcionó, sin embargo, un subsidio mensual de \$5,000.00 para el Hospital del Niño en Mérida, cantidad que proporcionó de acuerdo con un convenio elaborado al efecto.

2. El Hospital del Niño, de Mérida, recibe de la Secretaría la cantidad de \$60,000.00 que representa la tercera parte de su presupuesto total. Debe hacerse especial mención a que esta Institución fue la primera en su género en el país, y que habiendo modificado su técnica gracias a gestiones de la Secretaría de la Asistencia Pública, constituye hoy un orgullo del Estado de Yucatán.

⁶⁷ Acuerdo que concede un subsidio para el Hospital del Niño, en Mérida. Diario Oficial de la Federación, 7 de agosto de 1941, Secretaría de la Asistencia Pública, 5-6.

⁶⁸ Acuerdo que concede un subsidio para el Hospital del Niño, en Mérida, Yucatán. Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán, 27 de agosto de 1941, 1.

Ya en el ámbito estatal, los presupuestos designados al Hospital del Niño fueron fluctuando durante su funcionamiento. Ejemplo de esto es que durante los primeros años del hospital su presupuesto estatal fue en aumento, mientras que durante su última década de existencia disminuyó. Lo dicho puede observarse en el siguiente cuadro 2. El Hospital del Niño, debido a los servicios especializados y la cantidad de pacientes atendidos todos los días, resultaba uno de los más costosos de mantener, a saber y según lo estipula el Dr. Alvar Carrillo Gil (quien entonces era el jefe del departamento infantil del Hospital O'Horán (1944: 180):

Estas cantidades sirvieron para la hospitalización y asilo de unas 600 personas como promedio diario. Corresponden a estos presupuestos los promedios aproximados por persona, al día:

Cuadro 7. Presupuestos por paciente

	Hospital O'Horán	Asilo Ayala	Hospital del Niño (incluyendo consulta externa)
1941	\$2.25	\$1.31	\$1.90
1942	\$2.72	\$1.62	\$2.40
1943	\$3.25	\$1.75	\$2.95

Fuentes: Diarios Oficiales del Estado de Yucatán y presupuestos del estado publicados en el Diario del Sureste.

A través de las cifras arriba ofrecidas, puede observarse que el costo por enfermo y por día fue en aumento durante los tres años indicados. Esto puede deberse al natural aumento de los insumos y salarios, pero si se considera que los gastos propios de un hospital no se reducen a los relacionados con la atención y hospitalización de pacientes, los costos se elevan mucho más. Al respecto el Dr. Alvar Carrillo Gil aborda la complicada situación económica de los hospitales (1944: 180):

En los dos últimos años el Gobierno del Estado ha proporcionado \$400.00 diarios, o sean \$12,000.00 al mes para reconstrucciones y reparaciones. Es realidad esta suma ha venido a completar los gastos comunes que, como se ha dicho, han aumentado de acuerdo con el alto costo de la ida, y con las reconstrucciones se han limitado a reparar

pisos, pintar, comprar algún material quirúrgico y medicinas. Ha sido imposible hacer verdaderas reconstrucciones, y apenas se inician algunas pequeñas obras. De estas mismas cifras puede apreciarse que el costo individual de los enfermos y asilados es distinto para cada establecimiento. El Hospital del Niño es indiscutiblemente más caro por persona, aunque esto se explica por los gastos de una consulta externa hipertrofiada, el Hospital O´Horán, tiene cifras medianas y el Asilo Ayala tiene menores.

Con los presupuestos asignados los hospitales apenas podían mantener su nivel de atención y conservar su inmobiliario e infraestructura, y lejos estaban de mejorar o crecer en cuanto a sus servicios. De hecho y para confirmar la situación de emergencia en la que el Hospital del Niño se encontraba en los últimos años de su vida. Durante su aniversario XXV, su director, el Dr. Alberto Baqueiro Cantón señaló el crítico escenario, según una nota del Diario del Sureste:⁶⁹

(...) expresó que el hospital ha venido funcionando a través de las ayudas de personas desinteresadas y en la actualidad la proveniente del Sr. Luis Torres Mesías, Gobernador del Estado, quien ha estado presentado su valiosa colaboración, conciente (*sic*) de la importancia que encierra la labor de un centro de salud de esta índole en beneficio de la niñez yucateca, y por ende de la fortaleza de México.

Agregado a esta situación, se hablaba ya de un proyecto unificador de los servicios de salud en el estado, un Centro Hospitalario que incluyera distintas especialidades y tuviera cabida para un número mayor de paciente, atendidos en la consulta externa e internados. El Dr. Alvar Carrillo Gil fue un promotor entusiasta de dicha aspiración (1944: 187):

Propuestas para sistema hospitalario en Yucatán:

1o.) – En Yucatán- puede realizarse el proyecto de un Centro Hospitalario, como tiende a hacerse en las ciudades más modernas y adelantadas, y como ahora se está realizando en México, muchas obras, como la Maternidad, que, según he sabido, está construyendo la Cruz Roja, debieran centralizarse y coordinarse en nuestro máximo establecimiento de Asistencia.

El Hospital O´Horán tiene un área aproximada de 80,000 metros, más que suficiente para tal proyecto.

⁶⁹ “En su XXV Aniversario. Sesión conmemorativa del Hospital del Niño” Domingo 31 de enero de 1965, Diario del Sureste, 1.

Se puede incluir en este Centro un Sanatorio para tuberculosos, un sanatorio para leprosos, etc., teniendo en cuenta que el hospital moderno tiende a concentrarse en una sola construcción que centraliza todos los servicios.

2o.) – Los sanatorios Antituberculosos y Antileprosos pueden construirse y sostenerse de acuerdo con el Gobierno Federal.

En la reconstrucción del Hospital O'Horán podría conseguirse la ayuda ya ofrecida por la Secretaria de Salubridad y Asistencia Social. Esta reconstrucción podría hacerse fusionando en un edificio los servicios de Cirugía de hombres, en otro, los servicios de Cirugía de Mujeres y Maternidad; en otro los de Medicina de Mujeres; estos cuatro servicios estarían montados conforme a los modernos sistemas de hospital.

En este plan debe llevarse a cabo una reforma total de los laboratorios, de la Cocina, de Lavanderías, de destrucción de desechos y drenaje eficaz del centro Hospitalario.

3o.)- Una obra de esta envergadura no podría ser desarrollada íntegramente por un Gobierno. Se requiere un plan concreto, bien formulado por técnicos competentes, con aprobación del Gobierno local y del federal, y dentro de un tiempo que se calcule conveniente (cuatro o cinco años). El plan de proveer la forma en que se realizarán las obras por orden de urgencia. En este plan podría corresponder a este Gobierno la construcción de los edificios de Cirugía y laboratorios por lo que se refiere al Hospital O'Horán; el centro anticancerosos al propio Gobierno; al Gobierno siguiente podría corresponder la construcción de los Sanatorios Antituberculoso y Antileproso, el reacondicionamiento de los edificios de Medicina de Hombres y Mujeres, Servicio de Cocina, Lavandería, etc. y la rehabilitación del Asilo Ayala, que se encuentra en lamentables condiciones.

Nada de esto que se propone es utópico: contando con la buena voluntad de un Gobernante y con los medios económicos que el Gobierno puede aportar actualmente, el proyecto puede llevarse a cabo íntegramente en el plazo revisto.

Creemos que el Gobernador del Estado podría iniciar esta obra, que sería una de las mejores realizaciones del Gobierno de Yucatán.

El Hospital de Niño no fue considerado dentro del magno proyecto, aunado a que no se recibía más presupuesto por parte de la federación, debido a que el Hospital Infantil de México ya funcionaba, el esfuerzo que el gobierno estatal hacía para sostener dos grandes hospitales: el del niño y el O' Horán, y teniendo este último una sala de atención infantil, el 21 de enero el gobernador Torres Mesías anuncia el traslado del Hospital del Niño al Hospital O' Horán, mismo día en que renuncia el director del hospital infantil, el Dr. Alberto Baqueiro Cantón.

Al respecto el Dr. Mario Lizarraga González mencionó durante la entrevista del 7 de octubre de 2013, en su consultorio de la calle 49 por 68 y 70: “Fue un movimiento político

para centralizar a nivel estatal la atención infantil, un cierre muy criticado, ya que los mejores doctores atendían ahí, era la excelencia de la pediatría en el estado”. Pasemos ahora al Hospital Infantil de la Ciudad de México, el cual no ha funcionado desde 1941, hasta el presente, confirmando así, la continuidad del Estado en la salud infantil, así como la formalización de su atención médica, considerándola imprescindible para cualquier país en desarrollo.

Como ya mencionado, uno de los frutos de la revolución es la atención médica como un derecho, tanto la relacionada con la prevención como la atención durante la enfermedad. En el gobierno de Lázaro Cárdenas, la Beneficencia Pública fue importante, creando el Departamento Autónomo de Asistencia Infantil en 1937, para después en 1937 crear la Secretaría de la Asistencia Pública. Eugenia Mena (2010: 50) destaca la importancia de esta nueva Secretaría:

Se puede afirmar que el sistema público de salud de México se inició formalmente hasta 1943, al crearse la Secretaría de Salubridad y Asistencia como resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. En ese mismo año se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el que se daba cumplimiento al artículo 123 constitucional, y en adición, se crearon el Hospital Infantil de México y poco después, los Institutos Nacionales de Cardiología y de Nutrición (Soberón, 2001); en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE)

Con esta nueva Secretaría, y otras que fueron creándose como señala Kumate (2002: 2): “La fundación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (1939), fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943)” entre otros, los requerimientos de atención médica fueron vistos de forma más institucional y en el caso que nos ocupa, la salud infantil, se observó la necesidad de crear un nosocomio donde la especialidad pediátrica pudiera desarrollar, a nivel local y federal, sirviendo también, para emular a otros estados y países ya adelantados en este aspecto. Rómulo Velasco (1935: 142-143) narra el proceso por el cual el Hospital Infantil, de aquí en adelante HI, fue creado:

Atendidos los niños enfermos en su pabellón del Hospital General y otros en el Hospital Juárez y en el manicomio, se estimó que estas dependencias no satisfacen “ni siquiera en forma elemental las necesidades de la población infantil”. De ahí que el señor general José maría Tapia, designado presidente de la Junta Directiva de la beneficencia en septiembre de 1932, a poco de haberse hecho cargo de este alto puesto, inició personalmente la fundación de un Hospital del Niño, para el que había de construirse un edificio, desde sus cimientos, y que correspondiese a su elevado objeto.

Como primera medida para la realización de esta idea, el Señor General Tapia nombró una comisión de médicos, para que formularan el proyecto en la parte que como facultativos les correspondía: la médica.

Formaron esta comisión los señores doctores Fernando Ocaranza, Salvador M. Navarro, Luis Méndez, José castro Villagrana, Manuel Guevara Oropeza y Manuel Cárdenas de la Vega.

Puesto de acuerdo los nombrados médicos con el departamento de Ingeniería de la Beneficencia, el Hospital, en lo que mira al servicio médico, constará de los siguientes servicios: Consulta Externa, Hospitalización y Generales.

La Consulta Externa será atendida por el mismo personal médico del Hospital, y en ella se efectuará la selección de enfermos que deban hospitalizarse y de aquellos que deben tratarse en la misma indicada Consulta.

El servicio de Hospitalización comprenderá los siguientes departamentos: Aparato Digestivo, Aparato respiratorio, Enfermedades Infecciosas, Nutrición y Endocrinología, Aparato Circulatorio, Lactancia, Cirugía General, Ortopedia, Ojos, Oídos, Nariz y garganta, Tuberculosis médica, Tuberculosis quirúrgicas y Psiquiatría (sic) Infantil.

Y los Servicios Generales comprenderán: radiología, Fisioterapia, farmacia y Laboratorio.

Según el proyecto de Hospital, ya aprobado y en construcción muy adelantada, los enfermos de psiquiatría (sic) infantil, así como los convalecientes, contarán con pabellones especiales, que no forman parte del cuerpo genera del edificio.

El Hospital del Niño está siendo levantado en los terrenos que limitan al sur el Hospital General y que formando parte de él, colindan con la Colonia Buenos Aires.

El momento coyuntural perfecto fue, como he mencionado con el Gral. Lázaro Cárdenas, ya que el Coronel médico militar Federico Gómez pediatra del hijo del presidente), permitió una mayor relación con la familia presidencial y el médico, Eugenio Toussaint (1983: 13-14) ofrece detalles de esta relación:

La llegada a la primera Magistratura del Gral. Lázaro Cárdenas, abrió una ventana a la esperanza de los pediátras : el Dr. Y coronel médico militar Federico Gómez S. –que era el pediatra (sic) del hijo del presidente- significó una mayor relación social y militar entre el Ejecutivo y el pediatra (sic). Ni tardo, ni perezoso el profesionista vio la

oportunidad de proseguir la ofensiva, procurando convencer al padre de su pequeño cliente de la urgencia de contar con un hospital de niños, en una ciudad que por su extensión, tradición y cultura, ya no podía desconocer la necesidad de esta obra.

El Dr. Gómez en contacto directo con la esposa del presidente de la República, señora doña Amalia Solórzano, le hizo ver los puntos sobresalientes de su petición, con lo cual fue más fácil convencer a su esposo, que de por sí era persona accesible a este tipo de programas.

El 30 de abril de 1943,⁷⁰ el Hospital Infantil con un total de 570 camas, teniendo como director al Dr. Federico Gómez, tuvo como objetivo atender a todo niño mexicano: "(...) tanto indigentes o económicamente débiles, como a aquellos sujetos cuyos papás cooperaban para los gastos de tratamiento" (Amézquita, 1960: 563). A continuación presento un fragmento del discurso de inauguración dado por su director, el Dr. Federico Gómez (1997: 322-323):

Estamos celebrando hoy la ansiada inauguración del Hospital Infantil de México, pues ya tenemos enfrente la idea realizada. Ahora nos toca a los médicos y al personal que vamos a colaborar conjuntamente en la instrucción, hacerla marchar, 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.

La idea es ambiciosa pero es realizable, y la llevaremos a cabo. Nuestra meta será hacer de este hospital una institución que llene tres importantes funciones: un excelente servicio a la sociedad, un campo propicio para la enseñanza pediátrica y un ambiente fecundo para la investigación de los problemas patológicos de la infancia.

Su función social dará un refugio acogedor al niño enfermo, procurando que el cariño y la simpatía le hagan su estancia en el hospital menos amarga. La función de enseñanza abrirá sus puertas a los médicos, a los estudiantes y a las enfermeras de la capital y de los estados que deseen especializarse y después volver a su tierra natal a propagar conocimientos que defiendan la salud y la vida de los niños. La función de investigación tenderá a esclarecer muchos de los hondos problemas de las enfermedades de los niños de México, y los resultados científicos que se obtengan irán a todos los rincones de la República, repartiendo entre los médicos un fruto abundante y óptimo. Son dilatadas las posibilidades del hospital, como institución que nace con nuevos programas y bajo auspicios en su orientación técnica, administrativa y social; pero para llenar su cometido con la meticulosidad y eficiencia que la ciencia y la sociedad imponen, necesitaremos la ayuda de la misma sociedad, brindándonos su comprensión y simpatía.

⁷⁰ En anexos, pueden verse más detalles de la inauguración.

Asistencia social, enseñanza pediátrica e investigación patológica infantil, fueron los tres objetivos principales del HI. Mismos que ha cumplido durante sus años de servicio, logrando una importante reputación, la ampliación de su infraestructura y la diversificación de sus servicios. Para muestra la preparación del personal médico y de enfermeras fue continuo, así lo describe Gustavo Baz (1942: 63):

Preparación del personal médico.- La Secretaría ha estado consiguiendo becas en el extranjero para los médicos pediatras que deseen trabajar en el Hospital y ampliar sus conocimientos en la rama de Cirugía Infantil, de Medicina Infantil, de Fisioterapia, de Estudios *Post Mortem*, de Técnicas de Hospitalarias para Internos y Residentes, etc.

Cursos para enfermeras pediátricas.- La preparación del personal de enfermeras se inició con un amplio Curso de Enfermería Pediátrica que comprendió los siguientes temas:

- Dietética Infantil.
- Higiene y Medicina Infantil.
- Cirugía y Ortopedia Infantiles.
- Técnicas Hospitalarias.
- Enfermedades Contagiosas.
- Higiene Mental y Psicología Infantil.

El desarrollo de la pediatría en el país, del siglo XX hasta el día de hoy, mucho debe al HI, el cual durante décadas ha contribuido a la formación de especialistas y al desarrollo de líneas de investigación relacionadas con la nutrición, patologías y desarrollo físico y biológico del niño mexicano. Durante los primeros años de la pediatría mexicana surgieron La Sociedad Mexicana de Pediatría, la Asociación Nacional de Pediatría de México, la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, la Sociedad de Pediatría y de Médicos de los distintos hospitales infantiles de los estados de la República y del Distrito Federal y la Asociación de Profesores de Pediatría.

Esta parte institucional permeaba no solo el desarrollo de la pediatría, también lo hacía con la formación de los nuevos especialistas, quienes a través de sus tesis profesionales intentaban difundir, consolidar y popularizar a la pediatría. Por ejemplo con la tesis que presentó en su examen profesional de médico, cirujano y partero Jenaro Díaz

Santos, en 1936, en la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de la UNAM: “México lo que necesita para resolver su actual problema de salubridad, que ya es crónico, es una verdadera legión de médicos higienistas, médicos pediatras, maestros rurales e ingenieros sanitarios” (Díaz Santos, 1936: 16).

En particular, el Hospital Infantil de la Ciudad de México tuvo su principal influencia del modelo estadounidense, como puede observarse en la siguiente cita (Gómez, 1997: 323):

En el lapso que abarcaron los años 1941 y 1942 conseguimos presupuesto para enviar a hospitales de Estados Unidos a los médicos que iban a ser jefes de servicio, a fin de que conocieran programas de trabajo y de organización técnica y administrativa en ese medio tan avanzado en la ciencia pediátrica. Igualmente conseguimos la autorización en el Hospital de Niños de Cleveland para que 12 enfermeras graduadas fueran a aprender y a trabajar bajo la dirección de la que iba a ser la jefe de enfermeras del hospital, la señorita Carmen Gómez Sigler. Al regresar enfermeras y médicos de su aprendizaje, se dedicaron a enseñar en sus respectivos campos lo que habían aprendido, desarrollando cursos de adiestramiento para todo el personal que pretendía ingresar al hospital.

Por fin vino el 30 de abril de 1943, y 10 años después de que el Hospital Infantil había iniciado su construcción asistíamos a la inauguración de sus servicios. A continuación transcribimos un breve párrafo de mi discurso de inauguración:

Estamos celebrando hoy la ansiada inauguración del Hospital Infantil de México, pues ya tenemos enfrente la idea realizada. Ahora nos toca a los médicos y al personal que vamos a colaborar conjuntamente en la instrucción, hacerla marchar, 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.

La idea es ambiciosa pero es realizable, y la llevaremos a cabo. Nuestra meta será hacer de este hospital una institución que llene tres importantes funciones: un excelente servicio a la sociedad, un campo propicio para la enseñanza pediátrica y un ambiente fecundo para la investigación de los problemas patológicos de la infancia. Su función social dará un refugio acogedor al niño enfermo, procurando que el cariño y la simpatía le hagan su estancia en el hospital menos amarga. La función de enseñanza abrirá sus puertas a los médicos, a los estudiantes y a las enfermeras de la capital y de los estados que deseen especializarse y después volver a su tierra natal a propagar conocimientos que defiendan la salud y la vida de los niños. La función de investigación tenderá a esclarecer muchos de los hondos problemas de las enfermedades de los niños de México, y los resultados científicos que se obtengan irán a todos los rincones de la República, repartiendo entre los médicos un fruto abundante y óptimo. Son dilatadas las posibilidades del hospital, como institución que nace con nuevos programas y bajo auspicios en su orientación técnica, administrativa y social; (p. 322) pero para llenar su cometido con la meticulosidad y eficiencia que la ciencia y la sociedad imponen,

necesitaremos la ayuda de la misma sociedad, brindándonos su comprensión y simpatía.

Otro ejemplo de los primeros intentos para el desarrollo de la pediatría y la atención especializada hacia los niños, pero con una muy corta duración, es la Policlínica de Morelia, la cual estuvo en actividades únicamente durante un año, de 1933 a 1934. Su construcción fue responsabilidad del Ayuntamiento de Morelia, el cual estuvo a cargo del C. Donato Guevara, Presidente Municipal. En la planta baja de una antigua casa del siglo XVII se instaló la policlínica, que tenía como objetivo atender a los diez mil niños que asistían a las escuelas oficiales de la ciudad. Bautizada con el nombre de “Unidad Municipal de Higiene Escolar, Dr. Juan González Ureña”, en memoria del fundador de la Escuela de Medicina, señala Francisco Antúnez (1934: s/d).

El objetivo principal en la introducción de las memorias de la Policlínica está relacionada con la higiene y la eugenesia, como puede leerse a continuación Antunéz (1934: s/d):

La misión social de las policlínicas infantiles. Francisco Antúnez.

El niño mexicano –el nuestro, por delimitar- es en su mayoría una víctima inocente de esa ley implacable de la herencia. El padre y el abuelo y los antepasado de éste fueron alcohólicos; sufrieron los rigores de graves males de origen sífilítico. ¿Cómo librar al niño de tan fatal herencia? “El único remedio contra los normales = clamaba Charcot, el infatigable investigador de las enfermedades nerviosas= es evitar su reunión y mezclarlos con los normales”. Es decir: hay que acercar a esos seres sensibles que viven tan lejos de nosotros, a los seres seguros y tranquilos para que reciban de ellos un esperado y merecido auxilio. Que el dentista alivie su patología dentaria; que el oculista corrija los defectos de su visión y que el cirujano y el médico prevean la manera de detener en ese organismo en pleno desarrollo, el virus patológico legado por otras generaciones.

Con tres departamentos principales: oftalmología, odontología y medicina general, la policlínica estaba destinada principalmente a actividades relacionadas con la supervisión de la higiene en las escuelas (edificios en buenas condiciones, ventilados, iluminados, sin reflejos de luz, sin hacinamiento y con muros lisos, impermeables y tibios, agua potable,

baños en buenas condiciones, entre otras características) y de los alumnos que a ellas asisten, los cuales no podrían ser matriculados hasta haber pasado por el Servicio de Higiene del centro.⁷¹ Se tenía como población estimada, en palabras de Francisco Antúnez (1934: s/d):

Su radio de acción abarcará la siguiente población escolar: 19 escuelas oficiales con una población de 2.572 niñas y 1,911 niños dando un total de 4,483; y 9 escuelas particulares con una población de 617 niñas y 705 niños dando un total de 1,332. Así pues beneficiará a 5,805 niños que actualmente están en absoluto abandono respecto a Higiene Escolar (...)

La atención médica a los niños mexicanos se diversificó a partir de 1940, cuando los servicios médicos fueron incluidos como un derecho de los trabajadores. Primero con la instauración del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, en el año de 1942 y posteriormente creando el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, ISSSTE, convirtiéndose en una extensión de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1959. Así, los centros de atención se fue ampliando y diversificando en distintos centros. De hecho, según los médicos entrevistados, la principal razón por la cual tuvo lugar el cierre del Hospital del Niño de Mérida fue la apertura del área pediátrica en el Hospital Juárez de la Técnica 1 del Seguro Social.

⁷¹ En los anexos presento los listados del instrumental de los tres departamentos: odontología, medicina y oftalmología.

CONCLUSIONES

Con la llegada del siglo XX, la mirada científica (medicina, pedagogía y psicología especialmente) contribuyó a la creación de instituciones al margen del control religioso, en las que los nuevos profesionistas tomaron en sus manos a la niñez. La percepción individual de la salud se dejó de lado oficialmente, para integrar el concepto de salud pública, la cual contaría con el apoyo estructural por parte del Estado. Este proceso que retomó fuerzas en México después de la Revolución mexicana, formando e intentando corregir añejos problemas en el crecimiento de los niños, proporcionando una mirada científicista, y por lo tanto más confiable de la infancia.

Progreso, democracia y desarrollo económico y social, la satisfacción de las necesidades básicas de la población, todo esto basado en la ciencia, fueron los objetivos del movimiento armado y el nuevo gobierno. Especialmente hacia la niñez, tuvo dos direcciones: la primera mejorar su calidad de vida, y por otro asegurar una mano de obra sana y capaz para la demanda capitalista que se vislumbraba. Cuidarnos que respondieran de manera satisfactoria a los requerimientos profesionales, asegurando una larga duración activa de los obreros.

¿Cuál de las dos líneas fue la intención real y más importante? Propongo que ambas, por un lado cumplir con los parámetros internacionales de bienestar social y por otro, asegurar el desarrollo de la clase obrera y profesional de la naciente nación mexicana. Es decir, todas las acciones científicas y políticas obedecieron a una idea concreta: situar a México en la carrera del desarrollo capitalista, misma que permitiría colocarse dentro del grupo de los países desarrollados. El discurso que proporcionaba la ciencia médica en esta modernidad fue el ingrediente perfecto para el esquema del Estado liberal.

En una sociedad que reclamaba la igualdad de oportunidades y derechos como promesa de la Revolución, el Estado tuvo que explicar las desigualdades que existían entre sus pobladores, tanto en lo económico como en salud. Este último fue proporcionado por el discurso médico el cual explicó las malas condiciones de una

gran parte de la población. Es decir, la medicina proveyó la justificación de tipo naturalista del orden social capitalista mexicano. Los médicos proporcionaron explicaciones de lo que es saludable y lo que no, las familias, las madres y los niños obtuvieron una representación institucional moderna. La historia de la medicina, está indudablemente vinculada a la emergencia del capitalismo.

La medicina como la infancia y las formas de crianza, son reflejos de cambios históricos, culturales y de organización socioeconómica. La muerte de un niño y las reacciones sociales que esta provoca, a principios del siglo pasado reflejaba una contradicción: Moría un “ángel”, pero no representaba una mayor desgracia, los niños morían con tanta frecuencia que no era un hecho extraordinario, sobre todo considerando que eran fácilmente reemplazables. Esto considerando la poca difusión de métodos de control natal, y los altos índices de embarazo.

Antes de describir los alcances de esta investigación, quiero señalar que varias son las líneas investigación que quedan pendientes y resultan interesantes de considerar. 1. La emergencia de la pediatría como especialidad a nivel nacional aún tiene mucho por conocerse, los médicos, los hospitales y los procesos políticos que permitieron su consolidación en el país. 2. La construcción arquitectónica de los hospitales especializados, responden no sólo a corrientes científicas, también son el reflejo de una sociedad y creencias en cuanto a la salud-enfermedad, es digna de considerar y 3. La manipulación políticas de los programas y campañas de salud infantil como respuestas del Estado ante contextos particulares nacionales e internacionales son interesantes de analizar como estrategias políticas.

Regresando al trabajo presentado, en el primer capítulo, pudo observarse la importante transformación que la política sanitaria tuvo lugar durante el porfiriato tuvo lugar: el paso del control religioso al control del Estado en cuanto a la atención al enfermo se refiere. Esto fue gracias a la expropiación de los asilos y casas de atención religiosas, programas de salud a nivel federal y la difusión de la importancia de la higiene y la prevención de las enfermedades, aristas que hoy pueden resultar casi

obvias, pero que en los últimos años del siglo XIX y principios del XX no eran consideradas de vital importancia para mantener la salud colectiva e individual.

Posteriormente presenté el contexto demográfico en el que la infancia se movía después de la Revolución, en México y Yucatán. Pude comprobar que las condiciones en cuanto a la vida y muerte de los menores eran de las principales preocupaciones del nuevo gobierno, como hasta el día de hoy. Esta condición se veía sustentada por los nuevos discursos científicos relacionados con la importancia que iba cobrando el sano crecimiento de los niños, teniendo como herramientas de mejoramiento la higiene y como sustento ideológico la eugenesia, las cuales también contribuyeron al desarrollo de campañas y programas de salud en todo el país, dirigidos a la infancia.

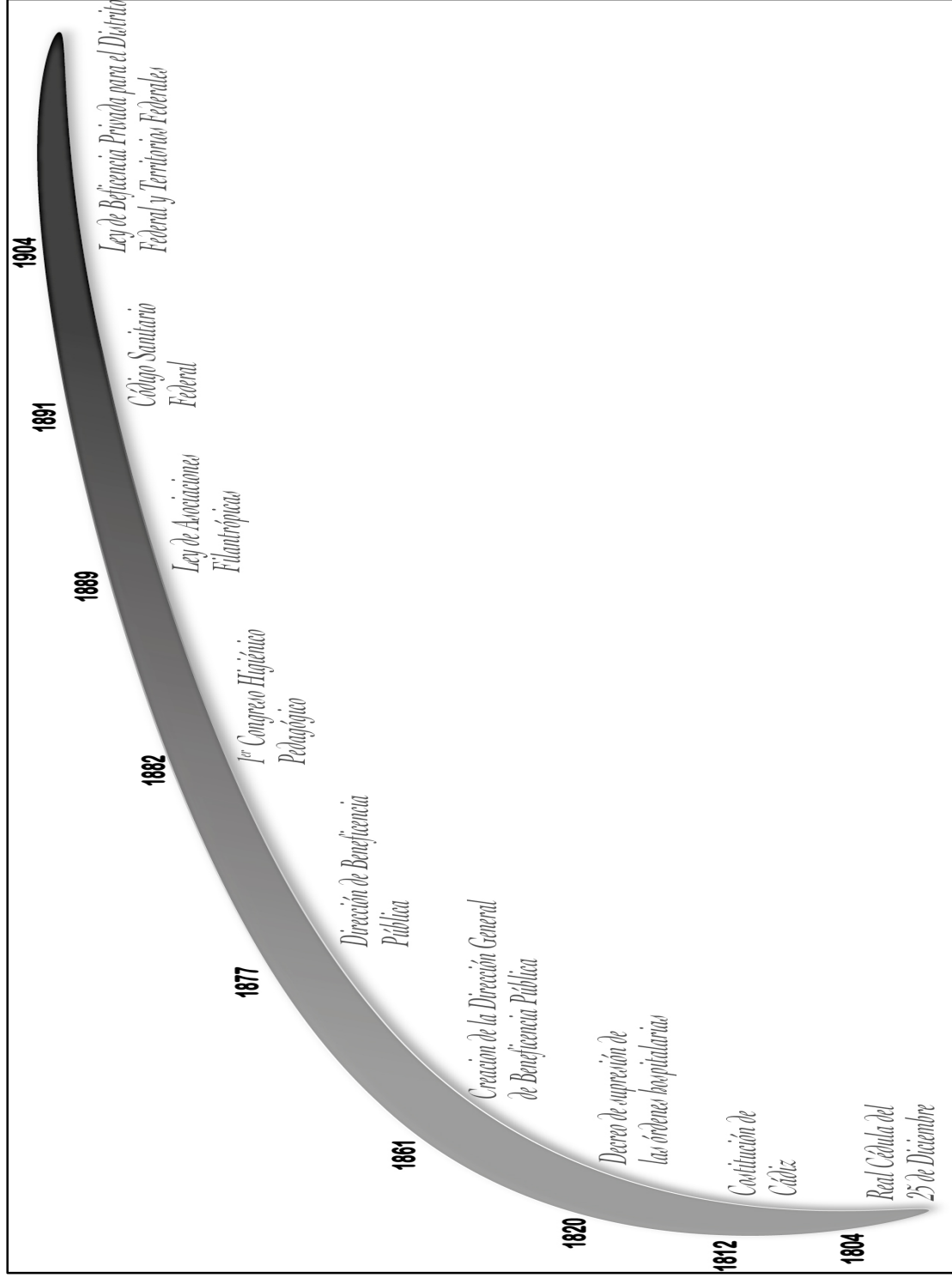
Por último, y como ejemplo de lo sustentado en los capítulos previos, abordé el surgimiento de la pediatría yucateca y la apertura del Hospital del Niño de Mérida, demostrando el desarrollo de la atención médica especializada en la infancia después de la Revolución. Con estos tres capítulos intenté demostrar que fue la medicina, con su desarrollo técnico y científico la que reivindicó la presencia del niño y dio legitimación a su salud y vida, buscando mejorar las condiciones salubres y la prevención y atención de enfermedades epidémicas, accidentes y otro tipo de patologías. Poco a poco y gracias a la profesionalización de la pediatría, esta logró instalar la salud infantil y el óptimo desarrollo de los ciudadanos entre las prioridades del estado, desde el porfiriato hasta nuestros días, labor que permeara en lo público y en lo privado.

Al mismo tiempo, en este proceso la medicina logró también tomar el control del individuo, siendo la estrategia para proporcionar al Estado individuos sanos y aptos para trabajar en pro del desarrollo del país. A lo largo del trabajo, presenté los contextos históricos en los que la imagen del niño se transformó y cobró una importancia distinta a la de siglos pasados, esto teniendo lugar como respuesta al engranaje de condiciones políticas, científicas, técnicas y sociales. La primera, como respuesta del gobierno ante los requerimientos internacionales e indicadores de progreso de los países, como es el caso de la morbi/mortalidad infantil.

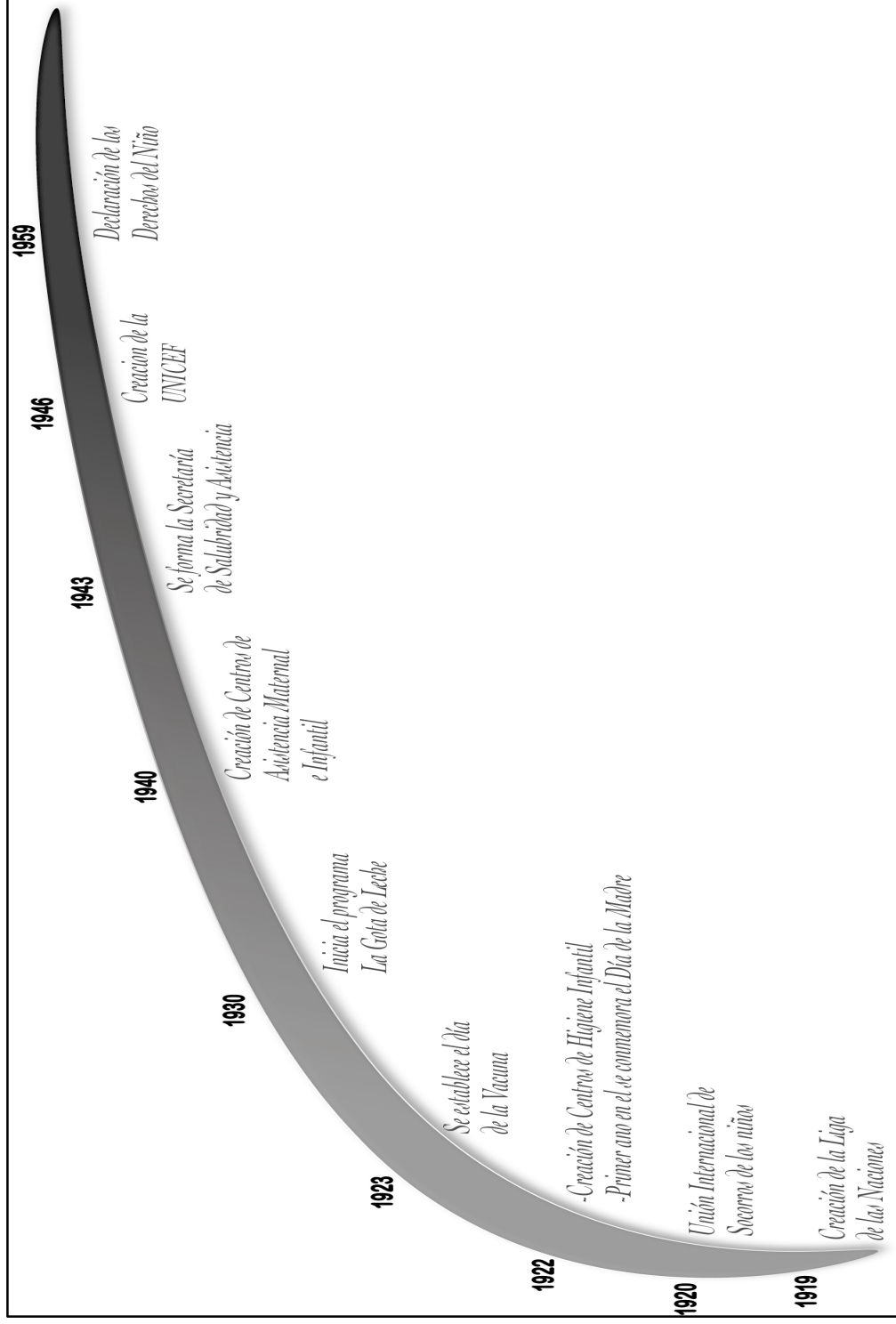
La segunda, hace referencia a la profesionalización del cuidado médico de los cuerpos infantiles, es decir la pediatría. Su consolidación como especialidad necesaria para los países modernos, tuvo lugar gracias también a los factores internacionales, las innovaciones tecnológicas y la aceptación social de que los niños no son adultos miniatura. La tecnología por su parte, coadyuvo a que la medicina, la higiene y la difusión de los avances en estas áreas fueran posibles. Desde los rayos X, el mejoramiento en el tratamiento del agua potable y los nuevos sistemas de telecomunicaciones fueron útiles para alcanzar muchas de las metas del Estado en cuanto al desarrollo del país.

Por último las sociales, alimentadas por todas las anteriores también permitieron que la población asimilara las políticas públicas, la regulación del control natal y de la salud infantil, específicamente en los primeros años de vida, el control médico de los embarazos y partos, y por último la biologización de los cuerpos infantiles. Estas directrices juntas, y combinándose en un proceso fractal dieron lugar a la condición actual, no solo de la salud infantil, también en la forma en que percibimos el nacimiento y desarrollo de los primeros años de la vida de cada uno de los integrantes de la sociedad. Esta fue su historia.

A N E X O S



1. Cronología perteneciente al capítulo 1.



2. Cronología perteneciente al capítulo 2.

3. Suplemento al núm. 7864 del Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, 15 de junio de 1923.

Por cuanto en cumplimiento del programa socialista que tiene a su cargo el Gobierno, no deben ser privadas de cristalización las tendencias humanitarias en pro de la parte más sensible de la sociedad, cual es el niño, pues éste encarna las esperanzas del espíritu contemporáneo respecto del advenimiento de un régimen de vida, mejor organizado sobre bases de solidaridad efectiva, distribución racional de la riqueza y suave y dirigente intervención del Poder Público en la organización social: y en atención también a que las innovaciones introducidas recientemente en la legislación sobre el divorcio y la familia, reclaman con urgencia la protección a los niños que quedan sin amparo, expuestos a factores adversos que impliquen la pérdida de sus energías; y tomando en consideración finalmente, que el Estado, al erigir establecimientos para el sostenimiento y educación de los niños menesterosos, realiza una obra que restará huéspedes a las prisiones y a los hospitales, fortaleciendo seguramente a las generaciones venturas, en obsequio a principios de evidente humanidad, el ejecutivo de mi cargo juzga una obligación suya iniciar la obra que provea a las necesidades sociales antes aludidas, y por tanto, en uso de la facultad que le confieren los artículos 35, fracción II y 55 fracción XI de la Constitución Política del Estado, tiene a bien proponer a esa H. Cámara el siguiente Proyecto de Ley:

ARTICULO PRIMERO:- Se funda una Institución denominada “Casa del Niño”, cuyo objeto será recoger para alimentar y educar a los niños que carezcan de representación legal, a los abandonados y a los hijos menores de padres desconocidos o divorciados, siempre que éstos se hallen económicamente incapacitados para alimentarlos y educarlos”.

ARTICULO SEGUNDO:- Los niños asilados en los Establecimiento de la “Casa del Niño” serán mantenidos y educados convenientemente hasta convertirlos en seres aptos para la lucha por la vida y útiles a la sociedad. En consecuencia el Gobierno

implantará en dichos Establecimientos las enseñanzas que favorezcan el desarrollo normal y progresivo de los asilados.

ARTICULO TERCERO:- Los niños amparados por esta Institución no podrán ser entregados a ciudadanos particulares que, a título de protección, los recojan para utilizarlos como criados defraudando así las inclinaciones y a dignidad de futuros ciudadanos.

ARTICULO CUARTO:- El Gobierno utilizará preferentemente, para integrar el personal de sus servicios administrativos, a los jóvenes preparados en la "Casa del Niño", que sean aptos para el desempeño de los trabajos o funciones que se encomienden. El propio Gobierno procurará también que dichos jóvenes sean utilizados en las instituciones industriales y cooperativas de producción que se establezcan oficialmente y que las Bolsas de Trabajo y Agencias de Colocaciones cooperen en el mismo sentido.

ARTICULO QUINTO:- Se concede al Ejecutivo del Estado facultad discrecional para instalar, organizar y reglamentar la "Casa del Niño" en cuanto no esté expresamente establecido por esta ley.

ARTICULO SEXTO:- Se crea el "Fondo de la Casa del Niño" formado con el treinta por ciento del importe líquido de las herencias que deban pasar al Estado; con las donaciones que se realicen expresamente a favor de la nombrada Institución y con los ingresos respectivos que fijen la Ley General de Hacienda y la de Presupuestos de Ingresos y Egresos.

TRANSITORIO.

Esta ley comenzará a surtir sus efectos legales al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial del Estado.

Me permito reiterar a esa H. Cámara las seguridades de mi atenta consideración.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.

Mérida, Yuc. Mex., mayo 8 de 1923.

4. Informe y planeación de actividades futuras, Diario de la II Convención, Instituto de Protección a la Infancia de Yucatán, Mérida, Yucatán, Vol. 1, No. 2, 24 de abril de 1964.

Datos elocuentes recogidos en la V Convención Nacional de Protección a la Infancia celebrada en Ensenada, Baja California, en el mes de Septiembre pasado, nos enteran de que el 45.7% de la población de la República estimada para el año próximo pasado de 1963, o sea 18,456.132 individuos, está integrada por niños de 0a 14 años de edad la niñez está considerada como la verdadera riqueza de nuestro país y por lo tanto, demanda de las generaciones adultas la grave e indeclinable responsabilidad de contribuir por cuantos medios tengan a su alcance, unificando los recursos de cooperación disponibles, a fin de que los niños cuenten con todo lo que requieren para su armónico desarrollo físico, intelectual, cívico y moral.

Ese cuidado especial pleno de responsabilidad y de ternura que requiere el niño, representa para México la extraordinaria oportunidad de asegurar su destino, mediante la formación de generaciones fuertes y preparadas que mantengan y aceleren el ritmo de progreso de la nación, en su marcha ascendente hacia la justicia y el bien común.

La pobreza ha sido siempre uno de los padecimientos más crueles de la sociedad humana. Como ciudadanos conscientes de nuestra responsabilidad siempre hemos considerado nuestro deber mitigar hasta donde sea posible los sufrimientos de los pobres. Somos una nación generosa que ha demostrado al mundo su prodigalidad y altruismo para ayudar al desvalido. Ahora, con esta misma generosidad, con este mismo desinterés que ha caracterizado nuestras actividades pasadas, examinemos juntos nuestros problemas y veamos si podemos hallar alguna fórmula razonable, justa y aceptable para todos, que tienda a impedir, y a erradicar los males de la pobreza.

Ayudar a los demás a superar carencias a combatir enfermedades a calmar angustias y a resolver problemas, es propio de las personas que sienten las obligaciones que impone la convivencia; pero esta actitud personal aunque significa mucho para quien la recibe, no elimina las causas que generan la pobreza, la enfermedad, la ignorancia y el desamparo.

El crecimiento demográfico trae grandes responsabilidades que debemos analizar con profunda atención y para este fin mencionamos los 11 puntos adversos enfocados en la V Convención Nacional:

1°.- La desnutrición de un gran sector infantil.

2°.- La existencia de más cantinas y centros de vicio que escuelas. La dirección General de Estadística registró en el año de 1960 las siguientes cifras: 36, 521 planteles escolares desde Jardines de Niños hasta postprimarias, contra 99, 512 cantina, pulquerías, cervecerías, expendios de bebidas embriagantes, cabarets, salones de bailes. En esta última cifra no se cuentan los expendios clandestinos de bebidas, ni tampoco otros centros de vicio, que estimamos conservadoramente ascienden a una cuarta parte de la misma.

3°.- La falta de profusa y permanente información sobre los cuidados higiénicos elementales que se deben procurar al niño, así como orientaciones sobre como aprovechar debidamente los recursos alimenticios de cada comunidad. Una buena, sencilla, penetrante y sistemática orientación, en estos renglones, contribuiría, sin duda alguna, a liquidar supercherías en materia higiénica y alimenticia entre nuestras capas populares.

4°.- El registros anual de los 500,000 niños como hijos naturales, detalle que pone de resalte la grave responsabilidad de los padres de los mismos. Esa elevada cifra equivale casi a la 3ª. parte de los seres que nacen al año en nuestro país. Ellos llevarán toda su vida en sus actas de nacimiento el estigma de ilegítimos.

5°.- La existencia de 100,000 menores de 8 años que trabajan, los cuales en su gran mayoría son explotados por patronos sin escrúpulos, no obstante las reformas introducidas a la legislación laboral por el Sr. Presidente López Mateos, ya que es muy difícil controlar este renglón, tal hecho obliga a estas reflexiones: Hasta dónde se cumple la novísima legislación proteccionista de los menores? Hasta dónde es posible hacerla cumplir?

6°.- La existencia de alrededor de 400,000 niños indígenas en la República que no hablan el castellano, lo que permite deducir la situación de atraso, en los demás órdenes de la vida que confrontan.

7°.- El cada día más numeroso grupo de madres solteras o abandonadas, y la falta de preparación para enfrentarse a la vida y ganar su pan y el de sus hijos.

8°.- El creciente problema del alcoholismo, que independientemente de las nefastas repercusiones eugenésicas sobre la prole, produce invariablemente mermas crónicas y de consideración en el ingreso familiar, malos ejemplos, así como la desintegración o mala configuración moral de los hijos.

9°.- La falta de suficientes planteles asistenciales para la infancia y la adolescencia, así como de centros de recreo, campos deportivos, albergues, centros de regeneración, guarderías, etc.

10°.- La casi total ausencia en la mayoría de los libros de texto, destinados a la infancia y a la adolescencia, del debido contenido doctrinal, que coadyuve a estructurar dentro de las tradiciones humanísticas y libertarias de nuestro pueblo, las mentes infantiles y juveniles.

11°.- Estar pendiente de la calidad de los programas radiofónicos y de televisión, así como de las ciertas publicaciones periodísticas y la exhibición de películas, que con su material inadecuado están configurando mal, el espíritu y la moral de la niñez.

Nos causa una gran satisfacción observar y reconocer que para solucionar estos graves problemas, han aunado sus esfuerzos todos los mandatarios estatales del país y sus señoras esposas; la iniciativa privada ha respondido vigorosamente y con simpatía; los maestros han dado su determinante y muy valiosa contribución, así como los padres y madres de familia, empleados, obreros, campesinos, médicos, trabajadoras sociales y en general todos los sectores vitales del país que constituyen el cuerpo de voluntarios que cada día hacen más fuerte y más numerosos el ejército de promotores empeñados en la redención del niño humilde.

Esta labor deja una constancia indiscutible de la generosa inclinación del pueblo mexicano a realizar las tareas que lo conducen al progreso, a la elevación de los niveles de vida, y a la constante lucha por la supervivencia, dentro de las normas de paz y de confraternidad.

Así lo demuestra el hecho tangible de que en la actualidad más de 2,000 empleados y obreros remunerados trabajan en las diferentes instalaciones de los Institutos, oficinas, plantas de elaboración, centros de orientación nutricional, y lo que

es más encomiable, brindan gratuitamente su auxilio personal más de 35,000 personas que activamente realizan una labor ejemplar y admirable.

Su entrega a las tareas de protección a la infancia es un singular ejemplo para la humanidad porque pone de relieve las elevadas virtudes y tradiciones del pueblo mexicano, habla muy alto del cariño y respeto que siente por sus semejantes, y especialmente demuestra su preocupación por encontrar soluciones y oportunidades iguales para desarrollarse y progresar, a todos los niños de la gran Patria nuestra.

Es preciso señalar que durante el trabajo social que realizamos todos los días intensamente, vamos recogiendo experiencias que nos muestran la forma de allanar todos los obstáculos que se han presentado, para hacer llegar al niño la ración alimenticia y la atención que requiere. Concretamente mencionaremos los principales:

1º.- Falta de organización efectiva y activa de los comités municipales.

2º.- carencias económicas.

3º.- Falta de coordinación adecuada y oportuna.

4º.- Falta de coordinación de los principales recursos humanos y económicos con que cuenta cada comunidad.

Para vencer estos obstáculos, actualmente el Instituto está elaborando un plan de acción conjunta, y en el mismo orden apuntado los trabajos futuros tendrán las siguientes soluciones:

1ª.- Organización, coordinación, orientación y supervisión adecuadas.

2ª.- Promoción de mayores recursos económicos para ayudar con más amplitud a los comités municipales; para este efecto se están haciendo estudios administrativos.

3ª.- Instalación de pequeñas plantas de elaboración y centros de orientación nutricional en las más importantes cabeceras municipales que se interesen por construirlos en cooperación; también se instalarán centros de distribución de materas primas disponibles, debidamente zonificados con el objeto de dar mayores facilidades para la transportación.

4ª.- Establecimiento de una más efectiva y conveniente coordinación de las diversas instalaciones con el mismo objeto, e intensificación de las ya existentes como en el caso del Instituto Indigenista, la 32ª. Zona Militar, a Secretaría de Salubridad y

Asistencia, los Departamentos de Educación, la Secretaría de Agricultura y todas las dependencias gubernamentales que deseen prestar su cooperación.

Pueden ustedes tener la seguridad más absoluta de que conocemos sus problemas, que dimanen concretamente en las siguientes circunstancias:

1ª.- La económica, común en todos los pueblos carentes no sólo de lo necesario, sino de lo más indispensable.

2ª.- La falta de preparación cultural de las gentes con las que se tiene que trabajar, y como consecuencia la escasez de material humano para la realización de los programas.

3ª.- La lucha contra la insalubridad de las comunidades, factor determinante para el resurgimiento de un pueblo, pues la falta de salud, se convierte en inercia de sus habitantes.

4ª.- El no aprovechamiento de los recursos favorables.

También estamos convencidos, con bases reales y efectivas, de que todos estos elementos adversos se combaten con organización y un elevado espíritu de servicio, por parte de todos y cada uno de nosotros. Bien sabemos que no basta convencer o persuadir; hay que incitar a la acción, con ánimo, con interés genuino, ya que sólo así podremos aspirar a conjurar todas las adversidades.

Nosotros no ignoramos los problemas, las necesidades y los deseos de mejoramiento de las comunidades, y consecuentemente estamos preocupados siempre por encontrar la forma de ayudarlas. Puedo asegurarles que nosotros estamos poniendo todas nuestras energías físicas y espirituales para lograr este objetivo; pero es absolutamente necesario que ustedes también pongan su generoso esfuerzo en esta obra tan grandiosa.

En una obra de la magnitud de la que realiza en todo el Territorio Nacional el INPI, bajo la dinámica inspiración de la Sra. Profra. Eva Sámano de López Mateos es necesaria la coordinación absoluta de todos los recursos humanos disponibles, a efecto de que nuestro deseo latente, fervoroso y sincero de servir a la niñez, nos lleve de inmediato a la acción fecunda conforme a un plan concreto y bien meditado; una acción en la que pongamos el corazón, que es la esencia más pura de nuestra personalidad. Para esto tenemos que pagar un precio en relación directa con la dimensión de nuestro

anhelo, quiero decir, que el precio será mayor mientras más ambicioso sea nuestro objetivo, y se traducirá en sacrificios y privaciones, y más que nada en una entrega total y persistente: El trabajo sin desviarnos de la meta fijada ni mucho menos abandonarla.

Sólo lograremos realizar este hermoso ideal, con una gran confianza y fe en nuestras instituciones y en las personas que nos rodean consagradas a trabajar por la justicia social y el bien común; debemos tener conciencia de que la actividad a la que nos dedicamos es reconocida mundialmente como de las (*sic*) más humanitarias, ya que está dirigida a servir a los niños, y esta situación nos coloca en el caso de poder ocurrir sin sonrojarnos al poderoso en demanda de un donativo, y hacerlo con la frente muy en alto, con el orgullo de formar parte de una Organización que se desvela por satisfacer las necesidades apremiantes de la niñez merecedora de la atención y el cariño de todas las personas bien nacidas.

Para finalizar, y considerando que el mensaje pronunciado por la distinguida maestra Sra. Eva Sámano de López Mateos en la V Convención Nacional del Instituto, tiene un gran significado para la labor que conjuntamente realizamos me permito transcribir la parte fundamental dedicada a todos los que trabajamos por la misma causa:

“Ha llegado el momento de intensificar nuestros esfuerzos y de sumar voluntades con la mira de salvar a los miles de niños que se encuentran comprendidos dentro del dramático cuadro inherente a los problemas apuntados. En esta tarea, con la ayuda de todos, habremos de ser perseverantes y eficaces. Por otra parte lo que hace 5 años, cuando iniciamos la cruzada nacional de protección a la infancia, parecía un sueño difícil de convertir en realidad, es ahora positiva objetividad. Hemos superado importantes metas y nuestra labor de todos los mexicanos en esta actividad, ha sido encomiada en el ámbito mundial. Hicimos sonar la voz de México ante 52 países en las legendarias tierras de Turquía y encontró eco al tomar de nuestro pensamiento la determinación de ese Congreso Mundial en el sentido de que “la niñez no debe conocer ni nacionalidades, ni rangos, ni credos, ni fronteras, sino que representa el futuro de la humanidad, que en el cuidado de los niños funda su futuro; y esa lucha constituye para todas las naciones el respeto mutuo, un mejor anhelo de superación y

más alta promesa para que exista la paz, el cariño, el amor y la fraternidad entre los hombres y mujeres de la tierra.

Aparte del Manifiesto que suscribieron en Roma conjuntamente con 11 ganadores del premio Nobel y otros 21 personajes de la ciencia, para llamar la atención del mundo sobre los problemas del hambre y la desnutrición, otro relevante acto para México, constituyó el Congreso Mundial de la Alimentación efectuada en la ciudad de Washington.

Me referí desde el punto de vista mexicano al problema social del hambre y como la mujer, el maestro, el joven y toda la ciudadanía consciente, pueden actuar para resolver este problema según nuestras experiencias durante estos 5 años de esfuerzos conjuntos en el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, habiendo los congresistas aplaudido calurosamente el trabajo de los mexicanos, y pudieron aquilatar la nobleza de tan esmerado esfuerzo, que trata no sólo de aliviar la situación del niño humilde, sino que salvaguardará a la madre y fortalecerá a la familia, que lucha por una constante superación de la Patria Mexicana.

El trabajo de ustedes Señoras y Señores Convencionistas, y de todos nuestros colaboradores, le dio a México la categoría de presidir dicho Congreso Mundial dedicado al dramático problema de la escasez de alimentos de cientos de millones de seres humanos; cuando dirigía estas pláticas con técnicos y científicos de todas partes del mundo, mi pensamiento automáticamente estaba con ustedes, mis compañeros, y el palpitar de mi corazón llegó a cada rincón de México; y tengo la esperanza de que también, se haya confundido con el palpitar de los corazones de cada niños mexicano. Eva Sámano de López mateos”.

5. Regulación de las actividades infantiles a través de los diarios oficiales del estado de Yucatán.

1. A los padres, tutores o encargados de los menores de edad, se prohíbe volar papalotes. Jueves 5 de octubre de 1933, Núm. 10895, Año XXXV, página uno (2f).

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
AYUNTAMIENTOS CONSTITUCIONAL DE MÉRIDA, CAPITAL DE YUCATAN
AVISO
A LOS PADRES, TUTORES O ENCARGADOS DE LOS MENORES DE EDAD

Se recuerda a las personas arriba mencionadas que esta prohibido que los menores de edad ocupen las calles para sus juegos especialmente el de "PAPALOTES" o cualquiera otros que perjudiquen en alguna forma el tránsito y ocasionen desperfectos a las líneas telefónicas o de electricidad.

Cualquier infracción a este respecto será castigada con estricta sujeción al Reglamento de Policía en vigor.

Mérida, a 3 de octubre de 1933.

El Pdte. Mpal., E. Cantillo.

El Secretario, V. MENA P.

2. H. Consejo Municipal de Mérida. A los Sres. Padres de familia o tutores, se prohíbe que los niños patinen en la vía pública. Página seis, miércoles 2 de enero de 1929, (2f), Año XXXII.

H. Concejo Municipal de Mérida

Policía Municipal.- Circular No. 6.

RECORDATORIO

A los Sres. Padres de familia o tutores

Esta Jefatura de Policía Municipal por medio de la presente circular se dirige muy atentamente a los señores Padres de familia o tutores, a efecto de que por medio de su

conducto queden notificados los niños que se dedican a patinar en la vía pública, en el arroyo o acercas, a fin de que se abstengan de continuar en tan peligroso deporte, pues no son pocos los casos de niños atropellados por los vehículos en circulación, poniendo en peligro sus propias vidas, así como las de otras personas al suscitarse los choques, habiéndose observado además que no pocos de ellos se sirven de un solo patín, lo que es contrario a la salud. Desde luego esta preocupada Jefatura ha dispuesto que por medio de sus Agentes, proceda a detener a los infractores de esta circular, decomisándoseles los patines los cuales serán entregados, previa multa que se impondrá al infractor por orden del C. Comisionado de Policía.

Como quiera que la mente, de ésta circular, es solo evitar los peligros antes mencionados, se previene que los niños pueden dedicarse a dicho deporte, en los parques o jardines sujetándose en todo caso a los Reglamentos de Policía vigentes.

Queda terminantemente prohibido jugar pelota en la vía pública, en calles, plazas o jardines.

Mérida, Yuc, noviembre 7 de 1928.

El Jefe de la Policía Municipal

A. LIZARRAGA G.

3. H. Consejo Municipal de Mérida. Policía Municipal. Circular No. 7, se detendrá a los niños que en horario de clases se encuentren vagando en la calle. Página once, miércoles 16 de enero de 1929, núm. 9454, (2f).

H. Concejo Municipal de Mérida

Policía Municipal.- Circular No. 7.

RECORDATORIO

A los CC. Padres de familia o tutores

Por acuerdo del H. Concejo Municipal de esta Capital, esta Jefatura de Policía Municipal se dirige atentamente a todos los padres de familia o tutores a fin de que tengan conocimiento de que en virtud de que próximamente comenzarán las labores escolares, se va a proceder por medio de los Agentes de esta Policía a detener a todos

los niños de edad escolar que fuera de las horas de clase se dediquen a vagar por calles o plazas o de cualquier manera estén dedicados a la venta de periódicos, dulces y otros comestibles, billetes así como los limpia botas que no justifiquen con un certificado del Director del Establecimientos escolar, de que están concurriendo asiduamente (*sic*) a recibir instrucción en alguna escuela nocturna y para el efecto se proveerá a dichos menores de una placa numerada que los acredite estar inscritos en el Registro que llevará esta Jefatura de Policía a mi mando en que se hará constar el domicilio del menor así como el nombre del padre o tutor que lo represente, dándose un plaza que fenecerá el 31 del actual a fin de cumplimentar ésta disposición, debiéndose imponer al infractor, un castigo que impondrá al C. Comisionado de Policía.

Sufragio Efectivo, No Reelección

Mérida, Yuc. Diciembre 27 de 1928.

El Jefe de la Policía Mpal. A. LIZARRAGA G

4. A todos los propietarios o encargados de baños públicos se prohíbe la entrada a niños, sábado 11 de junio de 1927, página uno, núm. 8961, (2f).

A todos los Propietarios o Encargados de Baños Públicos

CIRCULAR No. 2

Como es frecuente que ante esta Jefatura de Policía Municipal se presenten padres de familia quejándose de sus hijos en edad escolar en vez de concurrir a las aulas escolares pierden su tiempo lastimosamente en estanques, albercas y cenotes o vagando por calles y plazas contraviniendo de esa manea los artículos 44 y 47 del Reglamento General de Policía vigente, de la manera más atenta se suplica a Uds. no permitan a los citados menores, se permanencia en esos lugares durante las horas de clase debiendo exigirles (*sic*) además, el permiso que sus padres o tutores les hubieses dado para dedicarse al deporte de la natación.

He de merecerles se sirvan dar su enterado firmando al calce de esta circular.

Mérida, Yuc., junio de 6 de 1927.

El Jefe de la Policía Municipal, A. LIZARRAGA G.

6. El Congreso del Animalito. Por el Dr. Ezequiel Teyssier (Tomado de *Nuevas Ideas*). La Farmacia, Ciudad de México, 15 de noviembre de 1935, Hemeroteca Nacional Digital de México, pp. 411-414.

En el VII Congreso Panamericano del niño hubo de todo.

A pesar de su magnífica organización en la que claramente se reconoció la experta mano del señor Dr. Don Alfonso Pruneda, el temario dejó mucho que desear por lo que se refiere al medio en que debe educarse al niño y a su porvenir.

Se habló mucho del niño proletario y del burgués, y por buscar notoriedad, lo mismo se propuso sin necesidad la alimentación a base de garbanzo para el lactante despreciando los sabios consejos de la Naturaleza y el éxito de la leche materna en muchos miles de años, así como de otras harinas y la leche de vaca en otros tantos, que se endilgaran al niño mexicano enfermedades de nombres raros que un ruso autor juzgó patrimonio exclusivo de la raza judía, dispensándose el trámite de marcar las características especiales de ella, igualmente se entregaron los señores y señoras congresistas a proponer que el Estado debía apoderarse de los niños y aislarlos de la influencia materna que en arranques de exaltación por la misma ponente, una distinguida (*sic*) profesionalista entre las que están disgustadas con las labores propias de su sexo, se hicieron proposiciones destructoras del deber que las madres tienen de cuidar a sus hijos y que revisen sonoridades absurdas.

El Congreso no fue una obra armónica de conjunto fue un mosaico donde el espectador a través de los trabajos de todos, podía darse cuenta del estado de ánimo del ponente de sus talentos o del deseo inaudito de hacerse bombo por cualquier medio.

Se habló de un trabajo creador, de *una raza mejor*, siguiendo su camino eugenésico a base de exterminación, pero no se abordó el problema de la inmigración que es el único medio factible y rápido de resolverlo cuando tenemos 14,000.000 de indios que tienen hijos por accidente y absorben a la raza blanca o la desplazan. No se tomaron en cuenta las facilidades de vida y de toda naturaleza que los proporciona el gobierno que sacrifica a la raza blanca y a la población de las ciudades, como acontece en el caso de los bancos, de crédito agrícola, en el provecho exclusivo del indio.

Se insinuaron muchos medios de hacer sanos a los niños, pero nadie pensó en la forma de financiarlos y de hacerlos factibles aunque sea sustrayendo al infeliz niño de las garras de la miseria, acortando el presupuesto del ramo de guerra o los gastos extraordinarios de los ministerios; se dijo de salubridad, pero descuidó de iniciar rápida y decidida campaña demoledora de las casa de vecindad, verdaderos antros donde los inquilinos viven en las condiciones más a propósito para enfermarse del alma y del cuerpo, ni de iniciar o proseguir la construcción de viviendas higiénicas.

Se habló de los niños anormales y no se puso el dedo en llaga putrefacta de la prensa de escándalo que no aprovechan el interés humano que tienen las noticias, sino que las falsea y deforma para dotarlas de él, halagando los instintos más bajos como en las notas rojas y los relatos de perversiones sexuales, regando maledicencias, extendiendo errores.

Nada se dijo de la película inmoral que ha sugerido toda suerte de crímenes en el cerebro impresionable de muchos niños que piden la pistola y el caballo del cow boy, andan buscando un perro y una pandilla para lanzarse al arroyo o se declaran héroes de pantalla y abandonan su casa para hacerse prosélitos entre los niños formando verdaderas mafias que principias por robar a sus padres y llegan más tarde al crimen.

Nada se hizo por crearlo en un ambiente de amor y alejarlo del odio que le incrustan en el alma, dispuesta a vaciarse en cualquier molde, de los libros de texto que hacen aprender de memoria y que le dicen: “odia, mata al patrón porque te roba”, “la propiedad es un robo”, “tú, niño papelero, duermes en la calle y el niño del burgués duerme en su cama porque es hijo del que roba”, “tú, hijo del minero, arranca de la tierra los metales y transfórmalos en puñales”, “tu padre no hace ningún sacrificio por ti al (p. 413) mantenerte y cuidarte porque es su gusto y es lo menos que puede hacer cualquier animal y ya ves que los hijos de los animales no están agradecidos ni respetan durante toda su vida a sus padres”.

Nada se dijo del niño sano de alma que parece no existe en nuestro país, nada de los derechos que tiene a que no se le entristezca antes que la vida se encargue de sujetarlo con los plomos del Estado padre que acabará con su iniciativa e independencia y le formará un cerebro standard, ni del crimen que se comete educando a un niño en los principios socialistas que borras la propiedad privada y

sostienen el derecho de ser feliz sin respetar los derechos de los demás, para que más tarde viva en un ambiente burgués que supone, por el contrario, respeto de la propiedad particular, abriendo así las puertas de la cárcel a los niños del mañana.

Finalmente, en un trabajo intitulado ((Consideraciones acerca de las primeras experiencias (¿) sexuales en las niñas proletarias)), se habló ((del falso concepto del honor que tiene la burguesía y que ha avanzado hasta la niñas proletaria mexicana)). En platos limpios, se afirmó que la castidad es un prejuicio burgués que se comunica a las niñas pobres acudiendo al fácil expediente de afirmar por afirmar sin tomarse el trabajo de demostrar esta tesis, máxime en un medio en que la castidad es una situación apreciada aun entre la gente del hampa.

Se dijo que los jacales o habitaciones del campesino no tenían ventanas y sí puerta pequeña porque le rancho tenía que resguardarse de posibles agresiones y con ellos se demostró que quien esto afirma, no conoce México, pues esto se debe sólo a la educación ancestral que no le determina necesidades.

En fin, en el VII Congreso Panamericano del Niño, sin desconocer el mérito científico de algunos trabajos originales médicos y muchos de tijera, nos encontramos con que el asunto del *niño* desde el punto de vista de tal, se trató en la forma que pudieran hacerlo los criadores de animales, replicando métodos eugénicos sin tener en cuenta ni al hijo, ni al padre, ni al ciudadano.

No se ha juzgado al niño como a un ser humano dotado de cuerpo, que tendrá inteligencia y voluntad y con la misión de vivir en sociedad, sino como un animal.

Yo le llamaría: *El Congreso del Animalito*.

7. Echegoyen, Maruja. “El hospital Infantil de Londres”, Diario del Sureste, domingo 12 de septiembre de 1965, página 3.

LONDRES (Radio Press), 8 de Septiembre.- En un solo año, 1850, murieron en Londres 50,000 personas, de las cuales 21,000 eran niños menores de diez años. Los hospitales cuidaban como podían a 2,363 pacientes, entre los cuales los niños llegaban a penas a veintiséis. Los otros niños enfermos eran atendidos en sus casas, con remedios tradicionales las más de las veces en medio de condiciones. Sólo sobrevivían, pues, los más fuertes. Aparte de los continuos peligros de infección, los niños solían estar muy mal alimentados y trabajaban duramente, en las minas de carbón y en las fábricas (o como deshollinadores cuando eran pequeños). La ley permitía que trabajaran hasta seis horas y media por día, los niños menores de catorce años.

Este paisaje social de pesadilla sólo tiene poco más de un siglo. Hay que recordarlo para entender lo que significó en 1852 la fundación del primer Hospital para Niños en Londres. Se debió a la iniciativa y tenacidad del Dr. Charles West, secundado por un amigo, Sir Henry Bence Jones, y un grupo de patrocinadores. Alquilieron una amplia casa de Great Ormond Street, donde había vivido el médico de la Reina Ana, y el día de San Valentín (en que los enamorados intercambian cartas postales de saludos o tímida declaración) se inauguró “The Hospital for Sick Children”, con diez camas y una Clínica para pacientes no internados. Charles Dickens, fue uno de los primeros y más dedicados partidarios. Lord Shaftesbury su primer Presidente y la Reina Victoria aceptó ser la Primera Patrocinadora. Gracias a un discurso de Dickens en un gran banquete público en 1858, el Hospital pudo comprar la casa vecina y aumentar el número de niños internados hasta 44.

A partir de entonces, el Hospital fue creciendo cada vez más hasta llegar a lo que es ahora: un centro de pediatría famoso en todo el mundo, donde estudian posgraduados de cien naciones, con más de ocho mil niños internados por año y alrededor de 75,000 atendidos en las Clínicas para no internados (*sic*). Mil quinientas personas forman parte de su personal y el Hospital cubre todas las especialidades conocidas en medicina, cirugía y psiquiatría. El lema del Hospital es “El niño primero y siempre”, cada vez que se representa en el mundo la célebre pieza teatral de Sir James

Barrie, "Peter Pan", los derechos de autor van a parar al Hospital de Niños de Grent Ormond Street, por donación de la Princesa Real en 1959, se llama "Ala Barrie" en honor del creador de Peter Pan.

Sería imposible ofrecer en un corto artículo ni la más ligera idea de este Hospital cuyos edificios cubren hectáreas de terreno, y donde atienden, investigan y enseñan los más famosos especialistas de niños del mundo. Prefiero elegir tres pequeños detalles concretos que sugieren un mundo de organización, ciencia y de amor.

El Cuarto de Leche.- Es en realidad un gran apartamento con vestuarios, guardarropas, sala de preparación de los biberones (¡15,000! Por mes), cuarto para lavar las botellas, depósito frigorífico de leche, y oficinas. Pisos, mesas y armarios están cubiertos de formica y materiales plásticos duraderos y fáciles de lavar. El piso, ligeramente inclinado para que corra el agua, tiene un sistema automático de lavado. Las piletas son de acero inoxidable y hay máquinas eléctricas que cepillan y enjuagan las botellas. Una vez lavadas, las botellas y todo lo necesario para alimentar al bebé son esterilizados durante tres minutos a una alta presión de 32 libras, más otros nueve minutos más, en una autoclave automática de dos frentes, uno que da al cuarto lavador, y otro al de preparación de los biberones. Se preparan las dosis necesarias para veinticuatro horas y cada bebé tiene sus biberones marcados con su nombre, el número de sala donde es cuidado y la hora correspondiente de uso. Un enorme pasteurizador mantiene a 280 biberones a una temperatura de 65.5 grados durante ocho minutos, los enfría rápidamente y los deja listos para refrigerador que los conserva hasta el momento de dárselos a los niños.

Investigaciones científicas.- Sólo uno de los equipos dedicados a la investigación científica, está haciendo dos investigaciones en gran escala. El primer estudio en masa de las familias de los niños con deformaciones congénitas y un estudio en gran escala de mellizos y hermanas. El Hospital tiene un registro excelente de los pacientes que tratados en generaciones anteriores y es posible ponerse en contacto con las personas que estuvieron internadas en el Hospital hace 30 o 40 años. En esta Investigación trabajan hombres y mujeres familiarizados con la Pediatría, que han publicado libros científicos traducidos a todos los idiomas (Sir Archivald Garrod,

que inspiró las investigaciones de dos Premios Nobel, Beadle y Tatum. O el Dr. E. A. Cockayne y su famoso libro sobre las enfermedades de la piel).

Niños felices.- El Hospital se preocupa no sólo de los remedios, tratamientos, radioterapia, análisis... Saben allí la importancia que tiene el ambiente y la manera de tratar a los niños sobre el ánimo del pequeño y por lo tanto sobre su misma enfermedad. Las salas están alegremente decoradas con flores y animales. Las enfermeras –jóvenes y bonitas en gran mayoría-, llevan uniformes a rayas blancas y rojas, y un bonete puntiagudo que divierte a los niños. Estos llegan con su juguete favorito, una vieja frazada su la quieren mucho, sus propios cepillos y pantuflas, libros favoritos. La enfermera pregunta a la madre qué cosas gustan o desagradan al niño. ¿Detesta los cereales en el desayuno? ¿Usa chupete? ¿Le tiene miedo a algo? “Así podremos entenderlo mejor y hacer que se sienta como en su casa” explican. Hay Televisión por la tarde y Escuela en el Hospital para los que pueden levantarse. Los padres visitan a los niños siempre que quieren y a menudo se permite que la madre les dé la cena o la merienda. Además, el Hospital tiene una residencia especial para las madres de los enfermitos que toman el pecho todavía. Los bebés son levantados por enfermeras, se juega con ellos en los brazos, se les conserva a lo largo del día y no se permite que ni un niño de tres meses pase largos periodos sin oír una voz afectuosa a su lado. El resultado es más que visible: en una visita reciente, todos los chiquitos a quienes atendí los brazos fueron espontáneamente hacia los míos, jugaron con mi collar o me tiraron de las orejas y del pelo, como si me hubieran conocido toda la vida. Los mayores contestaron cosas –sólo encontré uno retraído y huraño, pero ése, pobrecito, vino así de su casa y con motivo- y uno de ellos llevó su tranquilidad hasta decirme, riéndose que mi acento en inglés era muy “funny”, muy cómico, ¡Si señor!

Sólo niños, felices, cuidados con amor, llegan a esa naturalidad.

8. Una policlínica infantil 1933-1934, Ayuntamiento de Morelia, Gobierno del Gral. Benigno Serrato, Morelia, Michoacán, 1934.

INSTRUMENTAL DEL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO

Sillón portátil con Brackef y escupidera todo fierro.

Máquina eléctrica.

Elevador estilo No. 301 "Cleveland".

Elevadores estilo No. 302 "Cleveland".

Esterilizador eléctrico.

Froceps (sic) para terceras gruesas molares superiores derecha e izquierda, forma curva.

Forceps para segundas gruesas molares superiores derecha e izquierda, curvas.

Forceps para pre-molares superiores derecha e izquierda.

Forcep para incisivos centrales. (superiores)

Forceps para terceras gruesas molares inferiores, derecha e izquierda.

Forceps para primeras gruesas molares inferiores derecha e izquierda.

Forceps para premolares inferiores derecha e izquierda.

Forcep para incisivos centrales inferiores.

Raygonera para piezas uni-radiculares.

Forcep "Cuerno de Vaca" para gruesas molares inferiores.

Jeringas para inyecciones "Metsan" estilo "A".

Espejos, dos planos y un cóncavo.

Exploradores, uno recto y dos curvos.

Excavadores, uno chico y dos grandes.

Pinzas de curación, una chica y dos grandes.

Uñas de limpieza.

Algodonera.

Jeringa de bulbo para agua. (ROJA)

Jeringa con bulbo para aire. (ROJA)

Lámpara para alcohol, niquelada.

Caja de agujas conicales "Metsan". (Tipo largo)

Jeringas para inyecciones intra-musculares.
4 Docenas de fresas surtidas, marca "White".
Abre-bocas para niños.
Cepillos para limpieza surtidos.
Angula para pieza de mano.
1 Docena de fresas para ángulo.
Godetes color blanco.
Mortero para amalgama, chico.
Caja cemento para bases.
Cuádruple.
Espátula para cemento.
Caja de gutapercha, color rosa.

INSTRUMENTAL DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

Abatidor de lengua de Legroux.
Abre-bocas de Doayen.
Pinza tira-lengua "Collin".
Fonendoscopio bi-auricular.
Espejo frontal No. G-2400 de 10 cms. De diam.
Martilla para percusión No. A-18.
Termómetros clínicos No. A-11.
Riñones de 25 cent.
Cubetas de 35 x 20.
Delantales de hule tamaño grande.
Pares de guantes hule corrugado.
Cepillos para lava-manos.
Jeringas hip. Neumonil. 4 de 2cc., 4 de 5 cc. Y 4 de 10.
Agujas surtidas Napad.
Agujas porta-sutura.
Porta Agujas de Mathiu.
Tubos de Catgut, surtido kalmerid.

Tubos crin de Florencia Kalmerid.
Tubos de cera Kalmerid.
Pinzas Pean de 14 cent.
Pinzas hemost. Kocher 14 cent.
Termocauterio paquelín, completo.
Tijera curva de 13 cent. de largo.
Candelillas conductoras para bujías de Guyón.
Sondas blandas de Nelatón del No. 10 al 15.
Cojín de Kelly, con bulbo.
Espejo laríngeo, esterilizable.
Asa libre con seis alambres de acero.
Tijeras de Graffin para las amígdalas.
Espejo nazal de Duplay.
Juego de tres espejos de Toynnbree para oídos.
Diapasón para prueba de agudeza auditiva.
Lámpara Primus de un mechero.
Esterilizador hervidor de lámina de acero niquelado.
Cajas Doyen.
Esfigmotensífono de Bouilltte.
Báscula.
Cinta Métrica.
Pulverizador Ambriann.
Vitrina chica con entrepaño cristal.
Vitrina grande con entrepaño madera.
Mesa de operaciones.
Mesita para instrumentos.
Grada.
Banquillos giratorios.
Parta-irrigador.
Botes automáticos.

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

Oftalmómetro.

Caja de Prueba.

Oftalmoscopio.

Cartas murales para prueba de agudeza visual.

Cómoda.

Lavabo sanitario.

Cámara oscura.

BIBLIOGRAFÍA

ABOITES AGUILAR, Luis. (2000). "Optimismo nacional: geografía, ingeniería hidráulica y política en México", en *Identidades, Estado Nacional y Globalidad, México siglos XIX y XX*, Brígida Von Mentz (coord.), CIESAS, México.

AGOSTONI, Claudia

"Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante de década de los 1920", en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, enero-junio, pp. 89- 120, 2007.

AGOSTONI, Claudia

"Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920- 1940", en ELISA SPECKMAN, CLAUDIA AGOSTONI, PILAR GONZALO (Coordinadoras), *El miedo y los miedos en la historia*, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos: Investigaciones Históricas, México, pp. 2-22 ,2009.

AGÜERO, Abel Luis y MILANINO, Ana (*et.al*)

"Salud escolar en la ciudad de Buenos Aires: 1880-1900 ¿Un instrumento de control social?", en: *Historia de la niñez en la argentina. Una mirada médica y socio-cultural (1880-1930)*, Sánchez, Norma Isabel. Buenos Aires: Dunken, pp. 15-91, 2011.

ALANÍS-RUFINO, Mercedes

"1939. Son iniciadas las Campañas Nacionales por la Madre y El Niño", en Carlos Viesca Treviño (coordinador), *1810-2010 Medicina mexicana, dos siglos de historia*, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Secretaria de Salud, Bayer de México, México, 2010.

ALANÍS-RUFINO, Mercedes

“Una cuestión de parteras y médicos. Mujeres en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, 1861-1905”, en: Boletín Mexicano de Historia y Filosofía Médica; 12 (2), pp. 63-68, 2009. Foro de acceso libre en: www.mediagraphic.org.mx

ALCUBIERRE, Beatriz y CARREÑO KONG, Tania

Los niños Vilistas. Una mirada a la historia de la de infancia en México, 1900-1920, Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, México, 1997.

ALFARO GÓMEZ, Cecilia

“Puericultura, higiene y control natal. La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922”, en Revista *Historia Autónoma*, núm. 1, septiembre, 2012, foro de acceso libre en: <http://www.revistahistoriaautonoma.es>

ALZATE Piedrahita, María Victoria

“La infancia: concepciones y perspectivas”, Editorial Papiro, Pereira, Risaralda, Colombia, 2003.

ANSÚA de, Miguel

“La pediatría como disciplina cultural y social”, en: Archivos Argentinos de Pediatría, pp. 231-236, 2012, foro de acceso libre en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752012000300007

ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto,

“<<Dictadura sanitaria>>, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917- 1934”. DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 2005, 25, 117-143

ARIÈS, Philippe.

El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen, Madrid, Taurus, 1987.

ARMUS, Diego

Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna, 2002, foro de acceso libre en:

<file:///Users/a66574/Downloads/9860-26085-1-SM.pdf>

ÁVILA CISNEROS, Ignacio y Silvestre FRENK

“Apuntes para la historia de la pediatría en México desde la Independencia hasta nuestros días”, en: *Historia de la pediatría en México*, Ávila Cisneros, Ignacio, Padrón Puyou, Francisco, Frenk Silvestre y Mario Rodríguez Pinto (Coords.), Fondo de Cultura Económica, México, pp. ¿?, 1997.

AVELEYRA ARROYO DE ANDA, MANUEL, INCLÁN GARCÍA, SAMUEL, PARRA ROMERO JOSEFINA, *et. al.*

“Tema IV. La protección del niño contra la enfermedad”, Coloquio Latinoamericano sobre el conocimientos del niño, Secretaría de Educación Pública, Centro Internacional de la Infancia, México, D.F., 1964.

BACA MARTÍNEZ, Rolando

“Medicina en los siglos XIX y XX”, en: *Revista Médico Moderno*, Octubre, pp. 30-40, 2014.

BAZ, Gustavo (a)

Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la unión, 1941-1942, México, Secretaría de la Asistencia Pública, 1942.

BAZ, Gustavo (b)

Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la unión, 1942-1943, México, Secretaría de la Asistencia Pública, 1943.

BOLIO, Álvaro H.

“Higiene de la primera y segunda infancia”, tesis para optar por el grado de doctor en medicina y cirugía, Escuela de Medicina, cirugía y farmacia de Yucatán, Mérida Yucatán, 1909.

BONFIL BATALLA, Guillermo

Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán (Un ensayo de antropología aplicada), Clásicos Contemporáneos en Antropología, Centros de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Iberoamericana, México D.F., 2006.

CABRERA Morales, Sergio

“El puerto de Manzanillo, siglo XIX: transición económica, epidemiológica y de salud”, en Romero Ibarra María Eugenia y Pablo Serrano Álvarez (Coords.), *Regiones y expansión capitalista en México durante el siglo XIX*, Universidad de Colima, México, 1998.

CASTILLO CANCHÉ, Jorge I.

“Los orígenes históricos de las instituciones sociales modernas y del poder judicial en Campeche”, en *Campeche a través de las Memorias de los Gobernadores. Evolución política y administrativa, 1826-1862*, Sergio Quezada (Coord.), Colección Bicentenario, Campeche Solidario, CONACULTA, San Francisco de Campeche, Campeche, México. Pp. 37-54, 2010.

CASTILLO TRONCOSO, Alberto del

“Moral médica y secularización: El cuerpo infantil en el discurso médico del porfiriato”, 2003, foro de acceso libre en:

http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=2606&archivo=8-212-2606oci.pdf&titulo=Moral%20m%C3%A9dica%20y%20secularizaci%C3%B3n:%20El%20cuerpo%20infantil%20en%20el%20discurso%20m%C3%A9dico%20del%20porfiriato

CASTILLO TRONCOSO, Alberto del

Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la Ciudad de México, 1880-1920, México D.F., Colegio de México, Instituto Mora, 2006.

CARDOSO, Ciro y PÉREZ BRIGNOLI, H.

Los métodos de la historia. Introducción a los problemas, métodos y técnicas de la historia demográfica, económica y social, Crítica, Barcelona, 2006.

CASTILLO TRONCOSO del, Alberto.

Moral médica y secularización. El cuerpo infantil en el discurso médico del porfiriato. Ver enlace, en: Revista Médico Moderno, Octubre, 2014.

CARRILLO, Ana María

“Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La inspección médica escolar (1896-1913) en LAURA CHAZARE Y ROSALÍA ESTRADA (Editoras.), *El umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, El Colegio de Michoacán, México, pp. 171-205, 2005.

CARRILLO, Ana María

“El cuerpo de los niños bajo la mirada de las instituciones sociales y medicas en Puebla a finales del siglo XIX” en LAURA CHAZARE Y ROSALÍA ESTRADA (Editoras.), *El umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*,

CARRILLO GIL, Alvar

“Crítica constructiva de los hospitales de Yucatán. Creación de un centro de hospitales”, en la Revista Medica de Yucatán, publicación bimestral, fundada en 1905, tomo xxii, número 9, febrero 29 de 1944.

CASTILLO CANCHÉ Jorge Isidro

La pobreza en Yucatán. Ideas, instituciones y prácticas sociales, 1786-1856, tesis para obtener el grado en Doctor en Historia, El Colegio de México, A.C. 2002

CANDIA José Miguel

Exclusión y pobreza. La focalización de las políticas sociales, en Nueva Sociedad, Nro. 156 Julio-Agosto, pp. 116-126, 1998.

CERVERA ANDRADE, Alejandro

“De cómo surgió, tuvo provechosa existencia y fue suprimido el hospital del niños de Mérida”, en Cuadernos de la Facultad de Medicina, Apuntes Históricos de la Medicina en Yucatán, compilación de las obras del Dr. Alejandro Cervera Andrade, UADY, Mérida, Yucatán, México, Marzo de 1990, pp. 55-61.

CORBIN, Alain

El territorio del vacío. Occidente y la invención de la playa (1750-1840), Mondadori, Barcelona, 1993.

CORDERO, Esteban

“La subestimación de la mortalidad infantil en México”, en *Demografía y Economía*, vol. 11, núm. 1, pp. 44-62, 1968.

CORDERO Eduardo

“La subestimación de la mortalidad infantil en México”, en: *La mortalidad en México, 1922-1975*, Ignacio Almada Bay, Compilador. Colección Salud y Seguridad Social, Serie Manuales Básicos y Estudios, México, D.F. s/a.

CRISPÍN CASTELLANOS, Margarita

“Hospital de maternidad e infancia. Perspectiva histórica de un centro de beneficencia pública de finales del siglo XIX”, en *La atención materno infantil. Apuntes para su historia*, Secretaría de Salud, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Secretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno Infantil, México, 1993, pp. 95-115.

DELFINO Victoria

Necesidad de la revacunación en México, Tesis Escuela Nacional de Medicina, México, D.F., 1904.

FERNÁNDEZ DEL CASTIILLO, s/d

El hospital general de México. Antecedentes y evolución, Instituto para la Organización de Congresos Médicos, Primer Congreso Mexicano de Medicina, México, 1946.

FRANCO SAVARINO, Roggero,

Pueblos y nacionalismo, del régimen oligárquico a la sociedad de masas en Yucatán, 1894-1925. Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, México, 1997.

GUERRA François-Xavier

México: del Antiguo Régimen a la Revolución, FCE, México, 1988.

FOUCAULT, Michel

El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica, Siglo XXI editores, México, 2001.

FUENTES José y ROSADO, Magnolia

“Urbanización y mortalidad en Mérida, Yucatán, 1880-1910”, *Revista Nueva Época, Salud Problema*, Año 2, núm. 2, junio, 1977. Pp. 7-20.

GARCÍADIEGO, Javier y Sandra KUNTZ

“La revolución mexicana”, en *La Nueva Historia General de México*, El Colegio de México, México, 2010, pp. 537-594.

GARCÍA MENDEZ, Emilio; BIANCHI, Ma. del Carmen (Comp.)

“Ser niño en América Latina: de las necesidades a los derechos, UNICRI / Buenos Aires, Editorial Galerna, 1991.

GARCÍA MORALES, Soledad y CORZO RAMÍREZ, Ricardo

“Políticas, Instituciones públicas de salud y enfermedades en Veracruz: fines del siglo XIX y principios del siglo XX”, en: *La Palabra y el Hombre*, julio-septiembre, no. 83, pp. 275-298, 1992.

GARZÓN RODRÍGUEZ, Juan Carlos, PINEDA BAEZ, Nisme y Alejandro ACOSTA

“Informe de revisión de las experiencias y estrategias de participación infantil”, CINDE, Bogotá, Diciembre de 2004, publicación electrónica en: www.primerainfancialac.org/.../4%20DOCUMENTO%20%PARTICIPACION

GENTA MESA, Giuseppe

“Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura”, en Latreia, vol. 19, núm 3, septiembre, pp. 296-304, 2006, foro de acceso libre en: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513854007#>

GREEN Izela

“Antecedentes de la Puericultura”, Septiembre de 2012, foro de acceso libre en: <http://puericultura-san-luis-potosi.blogspot.mx/2012/09/antecedentes-de-la-puericultura.html>

GOBIERNO DE YUCATÁN

Enciclopedia Yucatanense, Tomo VI. La Higiene, Edición Oficial del Gobierno de Yucatán, Ciudad de México, 1977.

GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN

El Hospital del Niño: inaugurado el 1º de febrero de 1940, Mérida Yucatán, Gobierno del Estado de Yucatán, 1940.

GÓMEZ Federico

“La atención al niño enfermo a partir de la Independencia”, en: Historia de la pediatría en México, Ávila Cisnero Ignacio, Padrón Puyou Francisco, Frenk Silvestre y Mario Rodríguez Pinto (Coordinadores). Fondo de Cultura Económica, México, 1997.

GONZÁLEZ GARZA, Abelardo

Protección social del niño, tesis para optar al grado de médico cirujano y partero, Universidad Nacional de México, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, México D.F., 1934.

GUDIÑO CEJUDO, María Rosa

“Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960. Del papel a la pantalla grande”, tesis para optar por el grado de doctor en historia, México D.F., El Colegio de México, A.C., Centro de Estudios Históricos, 2009.

GUDIÑO CEJUDO, María Rosa

Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010, España, CIESAS/Secretaría de Salud, 2010.

GUNTER SEELMANN, E.

“Apuntes de la historia de la pediatría”, en: *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 76, n.3., junio, Santiago de Chile, 2005, foro de acceso libre en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062005000300013&script=sci_arttext

GUTIERREZ del OLMO, José Félix Alonso

“La atención materno infantil. Apuntes para su historia. Secretaría de Salud. Oficialía Mayor. Centro de Documentación institucional”, en: *De la caridad a la asistencia. Un enfoque de la pobreza y la marginación en México*, Secretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Atención Materno Infantil. México, Pp. 9-51, 1993.

HEREDIA DUARTE, Antonio

“El incremento de la mortalidad infantil en México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 103, núm. 6, junio, s/p., 1997.

HERSCH Paul y MORA Fernando

Introducción a la medicina social y la salud pública, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, Ediciones Terra Nova, D.F., 1984, México.

HERRERA FERIA, María de Lourdes

“El cuerpo de los niños bajo la mirada de las instituciones sociales médicas en Puebla a finales del siglo XIX”, en *El umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia.*, CHÁZARO LAURA Y ESTRADA ROSALINDA, El Colegio de Michoacán, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Puebla México, pp. 209-239, 2005.

JONES Margaret

Infant and maternal health services in Ceylon, 1900-1948: imperialism or welfare?, *Social History of Medicine*, Vol. 5, No. 2, pp. 263-289, 2002.

de KOSTKA FERNÁNDEZ, Estanislao.

Políticas públicas. Universidad Complutense de Madrid, foro de acceso libre en:

http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/P/politicas_publicas_b.htm

KUMATE, Jesús

“La transición epidemiológica del siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos?” en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 45, Núm. 3, (Mayo-Junio 2002), UNAM, México, pp. 97 -102.

KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús

“Las especialidades médicas en México”, en Ortiz Quesada Federico (ed.), *Vida y muerte del mexicano*, Folios Editores, México, 1982.

KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús

“Salud y enfermedad: México 1929-1989”, en *Revista Examen*, Año 2, Núm. 21, 15 de febrero, Comité Ejecutivo Nacional, México, pp. 5- 7, 1991.

KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús

“Síntesis histórica: 1802-1994”, en: Historia de la Pediatría en México, Ignacio Ávila Cisneros, Francisco Padrón Poyou, Frenk Silvestre y Mario Rodríguez Pinto (Coords.), Fondo de Cultura Económica, México, 1997.

Kumate, Jesús y Soberón Guillermo

Salud para todos ¿Utopía o Realidad?, El Colegio Nacional, México, 1989.

LITICHEVER, Cecilia

“Trayectoria institucional y ciudadanía de chicos y chicas con experiencia de vida en calle”, tesis para optar por el grado de maestría, FLACSO Argentina, Buenos Aires, 2009.

LÓPEZ ACUÑA, Daniel

La salud desigual en México, Siglo XXI Editores, México, 1984.

LÓPEZ TERRADA, María Luz

El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia de hospitalaria, Revista d'Historia Medieval 7, sin año, foro de acceso libre en:

<http://www.ihmc.uv-csic.es/documentos/publicaciones/0586fe.pdf>

LÓPEZ ARELLANO, Oliva, José Alberto RIVERA MÁRQUEZ y José BLANCO GIL “Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas”, en: Chapela Mendoza, Ma. De Consuelo y Contreras Garfias, Ma. Elena (Coordinadoras), *Pensar el futuro de México*, Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias, UAM, México, pp. 94-124, 2011

LOYO-VARELA, Mauro y DÍAZ-CHAZARO, Horacio

“Hospitales en México”, Ren Revista Cirugía y Cirujanos, vol. 77, núm. 6, noviembre-diciembre, Academia Mexicana de Cirugía, México, 2009, foro de acceso libre en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=66212714015>

MALVIDO, Elsa

“La población, siglos XVI al XX”, en Semo Enrique Coordinador, Colección Historia Económica de México, Tomo VII, Oceano, UNAM, México, 2006.

MARTÍNEZ BÁEZ, Manuel

La salud en México antes y después de la Revolución de 1910, El Colegio Nacional, México, 2010.

MARTÍNEZ Linda Evangelista.

Métodos y Contextos, 2009, foro de acceso libre en:

<http://politica-social-mexico.blogspot.com/2009/01/11-estado-y-politicas-pblicas.html>

MENA SÁNCHEZ Ma. Eugenia

Políticas públicas de salud en México: una visión retrospectiva y prospectiva en Entretextos, No. 4, abril-junio, art. 8, Universidad Iberoamericana León, pp. 49 – 55, 2010.

MENÉNDEZ, Eduardo Carlos

Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán, México, CIESAS, 1981.

MURIEL DE LA TORRE, Josefina

Hospitales de la Nueva España: de los siglo XVII y XVIII, hasta la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, UNAM, Cruz Roja Mexicana, México, 1990.

NARRO José y PONCE DE LEÓN Rebeca

“Algunas consideraciones sobre mortalidad infantil en México”, en: Revista Facultad de Medicina, México, vol. XXII, No. 6. 1979.

ORDORICA, Manuel y José Luis Lezama

“Consecuencias demográficas de la Revolución Mexicana”, en A. Arenzana (ed), *La población de México*. México en el siglo XX, Consejo Nacional de Población, México, vol. 4, pp.8-31, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

“Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión sobre determinantes sociales de la salud”, 2005, foro de acceso libre en:

http://www.who.int/social_determinants/en/

OSORIO CARRANZA, Rosa María

“La cultura medica materna y la salud infantil”, tesis para optar por el grado de maestra en antropología social, México D.F., ENAH, 1994.

PALMA, Manuel Jesús

“Sobre un capítulo importante de la higiene de la infancia”, tesis para optar por el grado de doctor en cirugía, Facultad de Medicina y Cirugía, Mérida de Yucatán, 1894.

PENICHE VALLADO, L.

“Breves apuntes sobre higiene de la infancia”, tesis para optar por el grado de médico, cirujano y partero, Mérida Yucatán, Universidad Nacional del Sureste, Facultad de Medicina y Cirugía, 1926.

POSADA, Álvaro, Gómez, Juan Fernando y RAMÍREZ Humberto

El niño sano, Editorial Panamericana, Bogotá Colombia, 2005.

PUERTO, Alexandra

“Etnicidad, género y moralidad: representaciones médicas de los mayas en Yucatán posrevolucionario”, en *XIII Reunión de historiadores de México, Estados Unidos y Canadá*, del 26 al 30 de octubre, Santiago de Querétaro, Querétaro, México, 2010

RAMÍREZ, Francisco O.

“Reconstrucción de la infancia: Extensión de la condición de persona y ciudadano”, en Revista Iberoamericana de Educación, Número 1 – Estado y Educación, Enero-Abril, sin año, foro de acceso libre en:

<http://www.oei.es/oeivirt/rie01a07.htm>

RAMÍREZ, Francisco O.

“Reconstrucción de la infancia: Extensión de la condición de persona y ciudadano”, en Iberoamericana de Educación, Número 1 – Estado y Educación, (Enero-Abril), 1993, foro de acceso libre en:

<http://www.oei.es/oeivirt/rie01a07.htm>

RAMOS GALVÁN, Rafael

“La mortalidad infantil en la ciudad de Mérida, Yucatán. 1927-1936”, tesis para optar por el grado de doctor en cirugía, México D.F., Universidad Nacional de Medicina, 1938.

RESÉNDIZ GARCÍA, Ramón Raymundo

“La Revolución mexicana y la construcción de la ciudadanía en Chiapas: 1909-1939”, en *Estado Nación en México: Independencia y Revolución*, Esaú Márquez, Rafael Araujo y Rocío Ortiz Coordinadores, Colección selva Negra, UNICACH, pp. 19-38, 2011.

REYES RUVALCABA, Oscar

“Imaginario, representaciones y comportamientos de la niñez en Guadalajara durante el porfiriato (1876-1911)”, tesis de doctor en ciencias sociales, CIESAS, Guadalajara Jalisco, 2005.

ROSEN, George

De la política médica a la medicina social. ensayos sobre la historia de la atención a la salud, Siglo XXI editores, México, 2005.

ROCKWELL, Elsie. (2007) *Hacer escuela, hacer Estado. La educación posrevolucionaria vista desde Tlaxcala*, México, Colegio de Michoacán,

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV).

ROUSSEAU, Juan Jacobo

Emilio o la educación, traducción de Ricardo Viñas, Alaleph ediciones, 2000, foro de acceso libre en:

<http://escritoriocentros.edu.ar/datos/recursos/libros/emilio.pdf>

SALAZAR AGUILLÓ, Modesta (*et.al.*)

“La salud materno-infantil durante el franquismo: notas bibliométricas sobre el programa <<al servicio de España y del niño español>> en *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LIX, no. 1, enero-junio, pp. 285-314, 2007.

SANTIAGO ANTONIO, Zoila

“Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia”, en *Revistas Takwá*, Núms. 11-12, Primavera-Otoño 2007, pp. 31-50, 2006.

SANFILIPPO, José y FLORES, Sonia

Manuel Carpio y el inicio de la Medicina Moderna en México (Documentos Médicos), Colección Archivalia Médica, Nueva Época, No. 3. Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1991. México, D.F.

SÁNCHEZ, Norma Isabel

“Alimentación, medicina y salud en la Argentina (con especial referencia a la infantil)”, en: *Historia de la niñez en la argentina. Una mirada médica y socio-cultural (1880-1930)*, Sánchez, Norma Isabel. Buenos Aires: Dunken, pp. 195- 257, 2011.

SÁNCHEZ SANTOYO, Hilda Margarita

“La percepción sobre el niño en el México moderno (1810-1930)”. *TRAMAS* 20, UAM-X, México, pp. 33-59, 2003.

STERN, Alexandra

“Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940” en LAURA CHÁZARO (editora), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, El Colegio de Michoacán: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pp. 294-328, 2002.

SANTANA JUÁREZ, Marcela (et.al.)

Atlas de mortalidad infantil del Estado de México, como insumo para el ordenamiento territorial, Facultad de Geografía, Universidad Autónoma del Estado de México, México, 2000

SENNET, Richard, *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Alianza, México, 1997.

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA

Monografía sobre la Salud Pública de Yucatán. 50 Aniversario de la Creación de la Secretaría de salud, Gobierno del Estado de Yucatán. s/a.

SIN AUTOR

“La mortalidad de la primera infancia en México: sus causas y remedios”, en Trabajos de concurso, *Gaceta Médica de México*, Órgano de la Academia N. De Medicina, Tomo LV, Apéndice al número 3, 1925.

SILVA Austreberto

Ligeros apuntes sobre lactancia. La Gota de Leche, tesis para el examen de médico cirujano y partero, Facultad de Medicina de México, 1906.

SORIA, Eduardo y Elías BORTZ, Jaime

“Eugenesia y aborto en la Argentina moderna (1853-1922)”, en: *Historia de la niñez en la argentina. Una mirada médica y socio-cultural (1880-1930)*, Sánchez, Norma Isabel. Buenos Aires: Dunken, pp. 259-276, 2011.

SOSA LÓPEZ, Consuelo Rosa

¿Amor eterno? Representaciones de la madre en el discurso médico mexicano, siglo XIX y XX, Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C. 2009, México.

SOSENSKI, Susana (2010), "Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la ciudad de México (1920-1934)", en *Historia Mexicana*, LX:2, pp. 1229- 1280.

SPECKMAN GUERRA, Elisa, Claudia AGOSTONI y Pilar GONZALO AIZPURU (Coordinadoras)

El miedo y los miedos en la historia. El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos: Investigaciones Históricas, 2009.

TERRAZAS DE GALVÁN, Luz Elena,

"El álbum de los niños. Un periódico infantil del siglo XIX", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 3, núm. 6, julio-dici, 1998, Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A.C. Distrito Federal, México. Pp. 301-316. Disponible en:

<http://www.comie.org.mx/documentos/rmie/v03/n006/pdf/rmiev03n06scC00n05es.pdf>

VEGA FRANCO, Leopoldo y García-Manzanedo, Héctor

Bases esenciales de la salud pública, FCE, México, 1976.

VELASCO CEBALLOS, Rómulo

El niño mexicano ante la caridad y el estado. Apuntes his'tóricos que comprenden desde la época precortesiana hasta nuestros días, Ediciones Cultura, México, octubre de 1945.

9. El Dr. Francisco Solís Aznar relata sus memorias sobre el Hospital del Niño de Mérida, pp. 395-296, 1997.

Grande fue en consecuencia, mi asombro al ingresar como médico voluntario al servicio del nuevo hospital, inaugurado el 1º de febrero de 1940, al contemplar las grandes avalanchas de gente de la ciudad de Mérida, del interior del estado y aun de toda la península, que acudían a solicitar servicios médicos. La consulta externa, planeada para atender 30 consultas a cargo de dos médicos, hubo de ampliarse hasta 120 consultas, a cargo de cuatro médicos que trabajábamos allí hasta la extenuación. Contaba con servicios de laboratorio, otorrinolaringología y dental.

Las madres que acudían a la consulta en nuestro hospital se quejaban de que sus niños no digerían la leche, eructaban el plátano, el huevo les producía meteorismo, el frijol les daba diarrea y las tortillas lombrices; la erupción de los dientes, calenturas, y las frutas, disentería, sin darse cuenta de que todos eran víctimas del mismo enemigo invisible, traicionero y mortal, que era transportado por el único elemento vital que todos ellos usaban: el agua. Ya fuera de pozo o de aljibe, siempre contaminada con colibacilos patógenos, shigellas, salmonelas, huevos de parásitos e innumerables virus, tan graves algunos como el de la poliomielitis.

Para tener una idea de lo confusa que puede resultar esta situación de no contar con servicios públicos adecuados, nada mejor que relatar lo que sucedió, recién inaugurado el Hospital del Niño, en 1941, cuando se presentó en la dirección del mismo el doctor Luis Iglesias de la Torre, ortopedista cubano especializado en Estados Unidos y se ofreció para operar gratuitamente a todos los niños que hubieran quedado lisiados a consecuencia de la poliomielitis. El doctor Colomé le contestó que en Yucatán no habría muchos, porque dicha enfermedad no se presentaba en forma endémica como en otras partes y, en consecuencia, no era un problema serio de la salud. Como el doctor Iglesias insistió, se publicó un aviso por medio de la prensa ofreciendo atención a niños paralíticos a partir del lunes de la semana siguiente. Ese día vimos con asombro no menos de 200 niños inválidos ocupando todos los espacios disponibles en los extensos jardines, que esperaban ser atendidos. Nos asombró igualmente que el doctor Iglesias trabajara seis meses de sol a sol, con devoción y maestría, aplicando

técnicas quirúrgicas desconocidas en nuestro medio y obteniendo magníficos resultados. Durante más de veinte años, el doctor Iglesias siguió visitando Yucatán y fue, sin lugar a dudas, el padre de la ortopedia en la Península.

Pocos años después del inicio de las actividades de nuestro Hospital del Niño en Mérida, tuvimos la fortuna de contar con la valiosa ayuda del Hospital Infantil de México, que nos enviaba para nuestras sesiones clínicas casos ya discutidos y comentados y que nosotros discutíamos antes de ver el diagnóstico clínico y anatomopatológico, material que nos llegaba con regularidad y que muchos agradecíamos al cuerpo médico de ese hospital y a su correctísimo director, don Federico Gómez. Al mismo tiempo, el Hospital Municipal de Infancia de La Habana, Cuba, nos ofrecía becas que muchos médicos yucatecos aceptaron y de allí se estableció una corriente fructífera muy útil para el mejoramiento científico de la medicina de nuestro medio. Los médicos cubanos, como los doctores Agustín Castellanos, Montero, Beato Núñez y muchos otros, nos visitaban regularmente cada dos o tres años hasta que en 1960, con la Revolución cubana, se interrumpió drástica y lamentable, esta benéfica influencia.

10. Inauguración del Hospital Infantil de México. Toussaint Aragón, Eugenio. *Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez” 1943-1983, México, pp. 29-35, 1983.*

El programa consiste en: 1º -Obertura; 2º -Historia y funcionamiento del Hospital Infantil a cargo del director Dr. Federico Gómez; 3º -Pieza de música; 4º -Palabras del doctor y general Gustavo Baz, secretario de Asistencia y Salubridad; 5º -Declaratoria de Inauguración por el C. Presidente de la República general de división Manuel Ávila Camacho; 6º -Visita al hospital.

El Dr. Federico Gómez lee su discurso; se le ve seguro, con facciones que expresan su satisfacción y que avala su voz tranquila, fuerte, sin titubeos. Cuando termina se firman los documentos que legal e históricamente rubrican el acto. En el vestíbulo principal, a la entrada, se devela la placa conmemorativa en que destacan las letras de aluminio sobre el fondo azul, de los cartones de revestimiento que cubren la armazón metálica del edificio.

La leyenda dice:

EL GRAL. DE DIVISIÓN MANUEL ÁVILA CAMACHO, PRESIDENTE DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DEDICA ESTA INSTITUCIÓN A LA NIÑEZ MEXICANA. 30 DE ABRIL DE 1943.

A las personas que visitan el hospital por primera vez, se les regala un atractivo folleto, bien ilustrado, en que se especifican en breves párrafos, bien redactados los lineamientos que corresponden a los puntos básicos que puedan interesar al público; por ejemplo, se advierte a las personas que encaman a sus niños que las horas de visita son diariamente de 15.30 hs. A 17.00 y los domingos de 10.30 a 12.00; esta advertencia que parece tan nimia, es en esos años importante desde el punto de vista educacional de nuestro pueblo, que en primer lugar no está acostumbrado a llevar y dejar a sus hijos en un hospital, y luego, la necesidad que tienen de separarse de los pequeños, de reglamentar “la influencia de los padres, y de factores exteriores.

El éxito y prestigio del hospital fue tan rápido, que seis meses más tarde después de la inauguración estaban ocupadas 350 camas y que posteriormente se ampliaron a 550.

Inicialmente y para despertar la confianza, los mismos médicos del hospital comenzaron a enviar a los enfermitos de su clientela particular a encamarse en los casos que lo requerían.

El siguiente párrafo del folleto de propaganda está dedicado a las madres y dice:

Cuando un niño enfermo se atiende en su casa:

No es tan fácil darle atención médica continuada y vigilancia constante.

No se dispone de personas adiestradas para cuidar al enfermo y ayudar al médico.

No se dispone en todo momento de los medios de diagnóstico y tratamiento necesarios.

No se puede afrontar con éxito los casos de emergencia.

No se cuenta con el medio higiénico apropiado para el paciente.

No se cuenta, a precio moderado, con las dietas adecuadas en cada caso.

No se puede evitar el peligro de contagio a otros niños de la familia.

Cuando un niño enfermo se atiende en un hospital moderno:

Se dispone de atención médica especializada de día y de noche.

Dispone de personal de enfermeras y ayudantes bien adiestrado para cuidar enfermos.

Están al servicio del paciente todos los medios de diagnóstico y tratamiento necesarios.

Se afrontan con todas las posibilidades de éxito, los más variados casos de emergencias.

Se coloca al paciente en el más meticuloso medio higiénico: luz, sol, calor apropiado, cuidados personales, cuidado de ropa, etc.

El paciente recibe dietas apropiadas, estudiadas y preparadas por Dietistas para cada enfermo en especial.

En el Hospital moderno, no hay peligro de que le niño contagie a sus hermanos y otros familiares.

El paciente continúa su instrucción escolar guiado por profesores competentes, pues el hospital dispone para sus enfermos de salas de juego en donde los niños se divierten y distraen siguiendo métodos apropiados.

NO PROVE A SU HIJO DE LAS VENTAJAS QUE PARA RESTABLECER RAPIDAMENTE SU SALUD, LE OFRECE EL HOSPITAL INFANTIL

COOPERE USTED CON EL HOSPITAL A PROTEGER A SUS HIJOS, UTILIZANDO LOS SERVICIOS QUE LE OFRECEMOS.

Para tener más éxito, y psicológicamente captar la simpatía del público hacia los profesionistas del hospital y al mismo tiempo comprometer a sus médicos a cumplir con la responsabilidad de su cometido, se elaboró el DECÁLOGO MÉDICO y cuyos principios son:

1°.- El Hospital Infantil me da oportunidad para servir a los demás, me da un campo para mi trabajo científico, me da una escuela para aprender y una escuela para enseñar.

2°.- el Hospital Infantil me pide en cambio y yo gustoso le doy, mi devoción espiritual para elevarlo, mi fuerza social para engrandecerlo, mi capacidad científica para honrarlo y mi lealtad a su Escuela pediátrica para difundirla y afianzarla.

3°.- Conozco la responsabilidad que adquiero cuando un niño enfermo se confía en mis manos.

4°.- Conservaré mi espíritu fuerte, mi mentalidad clara y mis conocimientos firmes para cumplir esta misión.

5°- Sacrificaré mis distracciones, mis descansos y mi sueño, cuando así lo requiera un niño enfermo.

6°.- La sabiduría no alterará mi conducta ecuánime, la vanidad no torcerá mi razón, el egoísmo profesional no tendrá cabida en mi trabajo diario ni en mi labor de enseñanza.

7°- Sabré ser compañero para trabajar, sabré ser compañero para aprender, sabré ser compañero para enseñar. Siempre guardaré respeto por todos aquellos que estudian y trabajan por superarse y también por aquellos que tienen más experiencia que yo.

8°- Sé que la disciplina y el método de mi trabajo diario, en la investigación, en la enseñanza y en el estudio, me llevarán al éxito.

9°- Mi satisfacción más grande será devolver sano a sus padres, un niño que me entregaron enfermo.

10°- Mi recompensa mayor será haber contribuido al prestigio del hospital con mi trabajo y saber que en la Escuela Pediátrica, ha quedado una piedra puesta por mis manos.

Otras modalidades de gran interés fueron: estimular a la gente para aportar donativos, ayudar a las familias de escasos recursos, constituir comités de alimentos infantiles, de juguetes, de medicinas y material de curaciones, de biblioteca infantil, etc.

11. Conclusiones del Primer Congreso Mexicano del Niño, Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño. Patrocinado por “El Universal”, México, 1921, p. 23-24.

CONCLUSIONES:

SECCIÓN DE HIGIENE.-

1ª.- Recomiéndese la higiene buco-dentaria del niño y procúrese crear en las escuelas el hábito de usar el cepillo de dientes.

2ª.- El primer Congreso Mexicano del Niño condena el uso del llamado “chupón”.

3ª.- La alimentación materna es la que mejor garantiza la vida del niño.

4ª.- La alimentación mixta, reglamentada y vigilada es la que substituye mejor la lactancia materna.

5ª.- La alimentación artificial es difícil y peligrosa, por cual debe, siempre que sea posible, ser vigilada por los médicos.

6ª.- La alimentación mercenaria, cuando por excepción esté indicada por los médicos, debe reglamentarse por la autoridad sanitaria tomando en consideración los intereses del hijo de la nodriza y los de ésta.

7ª.- Insístase con las autoridades sanitarias acerca de la vigilancia de la producción de la leche de vaca para su venta como un alimento puro y estéril.

8º.- Esta sección considera necesaria la fundación de establecimientos destinados a cuidar a los niños de las madres que, por su trabajo, no pueden atenderlos durante varias horas.

9º.- Siendo los Dispensarios para niños uno de los medios más eficaces de divulgación y realización de la puericultura, es deseo especial de la Sección de Higiene verlos fundados tanto en la Capital como en los Estados.

10º.- Que se pida a quien corresponda, que en el reverso de la boleta de registro de nacimiento se prevenga a los padres los signos que señalan la aparición de la oftalmía purulenta en el recién nacido y se les diga que es para ellos obligación (si no lo han hecho el médico o la partera) el dar parte a las autoridades sanitarias, de la aparición de toda la inflamación ocular con secreción, vista en sus hijos acabados de nacer, con el objeto de que dichas autoridades instituyan el tratamiento oportuno y eficiente en casa de no haber médico o partera que asista al niño.

11ª.- Que se solicite que en las oficinas del registro Civil y en las parroquias, con motivo de presentación para matrimonio así como declaración de nacimiento, se distribuya con los documentos oficiales un folleto de vulgarización de profilaxis de oftalmia purulenta del recién nacido.

12ª.- Que el Consejo Superior de Salubridad considere como obligatoria, para médicos y parteras, la práctica de aplicar sistemáticamente a los ojos del recién nacido, tan pronto como sea posible después del nacimiento, el tratamiento de Credé, consiste en instilar una gota en cada ojo de solución de nitrato de plata al 2 por ciento y en seguida una o dos gotas de solución fisiológica de cloruro de sodio. En defecto del tratamiento de Credé, se aplicarán instalaciones de protargol o de argirol al 10 por ciento. Que se recuerde a los farmacéuticos que la solución de nitrato de plata prescrita que la solución de nitrato de plata prescrita en gotas para los ojos, sólo se debe despachar si el título es al 2 por ciento como máximún.

13ª.- Que en los lugares lejanos de los centros de población, y aun en éstos, se faciliten gratuitamente o a precio ínfimo, por el delegado sanitario o por los ayuntamientos, soluciones de protargol o de argirol al 10 por ciento, a fin de que las parteras o los padres de familia las apliquen al niño enfermo de oftalmía.

14ª.- Que se insista para que los Gobiernos de los Estados establezcan en sus Escuelas de Medicina la enseñanza oftalmológica y se tome especial cuidado en la enseñanza teórico-práctica de las parteras en todo lo referente a la oftalmía purulenta, así como en el diagnóstico y tratamiento de los flujos vaginales de las embarazadas.

15ª.- Que las autoridades sanitarias reúnan periódicamente a las parteras tituladas para insistir sobre la gran importancia de este asunto y de otros que igualmente les interesan.

16ª.- Que se suplique a la gerencia de EL UNIVERSAL haga la publicación de folletos referentes a la oftalmía purulenta destinados, unos, a dar a los médicos y parteras completa ilustración acerca del asunto, y otros, comprendiendo la profilaxis y los detalles del tratamiento, con el fin de vulgarizarlos. Tales folletos serán redactados por una comisión especial.

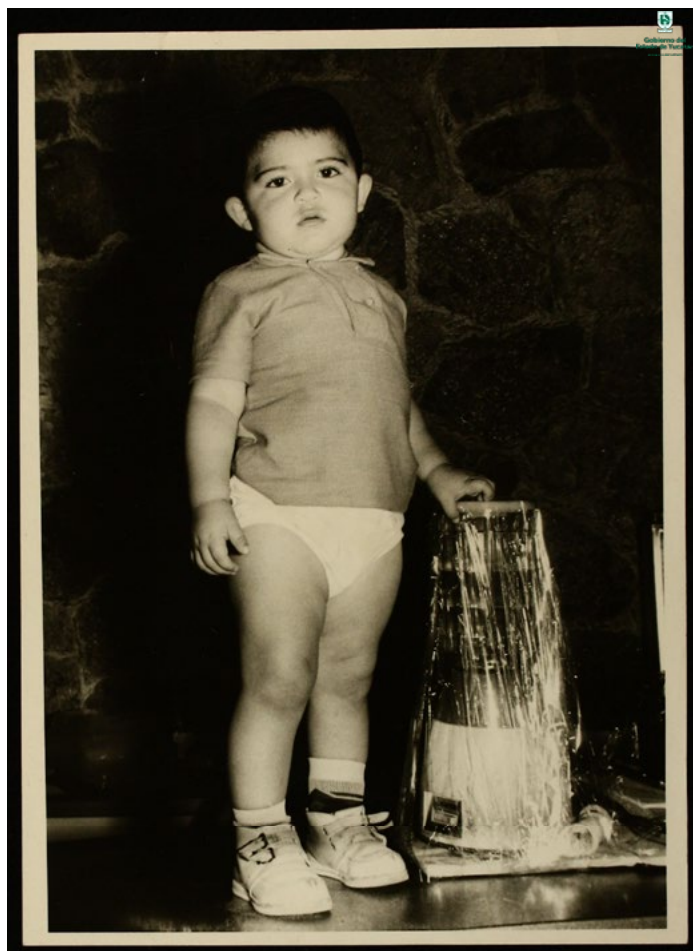
17ª.- Excitar al Consejo Superior de Salubridad para que sólo practique con linfa animal, la vacunación contra la viruela.

18ª.- Excitar a los Gobiernos de los Estados con igual fin.

19ª.- Que el Consejo Superior de Salubridad distribuya, en las poblaciones, tubos de linfa de una dosis.

20ª.- Hágase una excitativa al Consejo Superior de Salubridad a fin de que la inspección de los efectos de primera necesidad sea más efectiva y principalmente en lo que llamamos golosinas de los niños, como frutas, pasteles, helados y dulces.

ANEXO FOTOGRAFICO



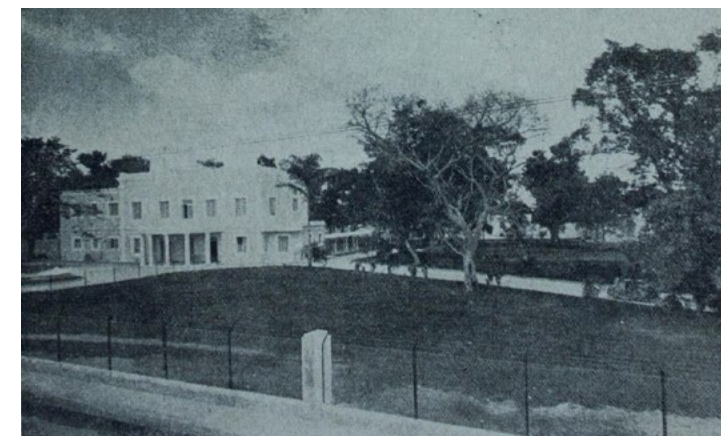
Ganador del concurso "Niño Sano"



Ganadora del concurso "Niño Sano"



Toma de posesión del nuevo director del Hospital del Niño Dr. Antonio Peniche Castellanos



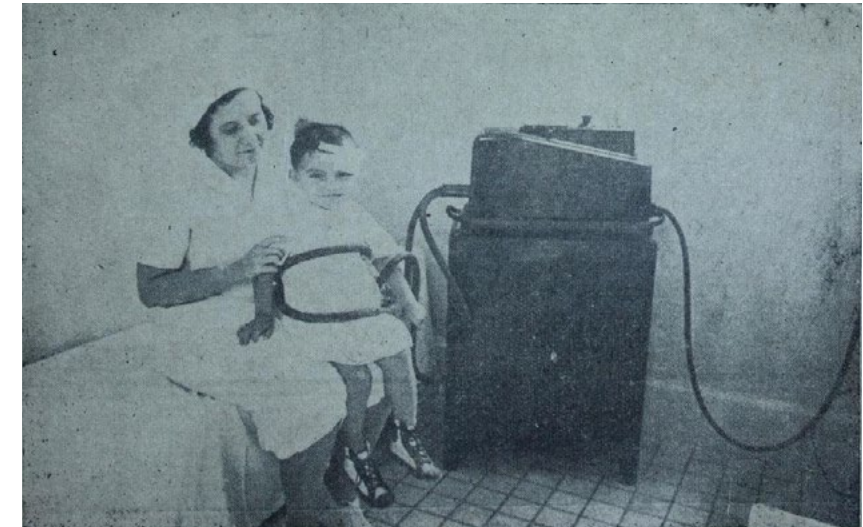
Vista general del edificio principal del Hospital



Cuerpo facultativo del Hospital



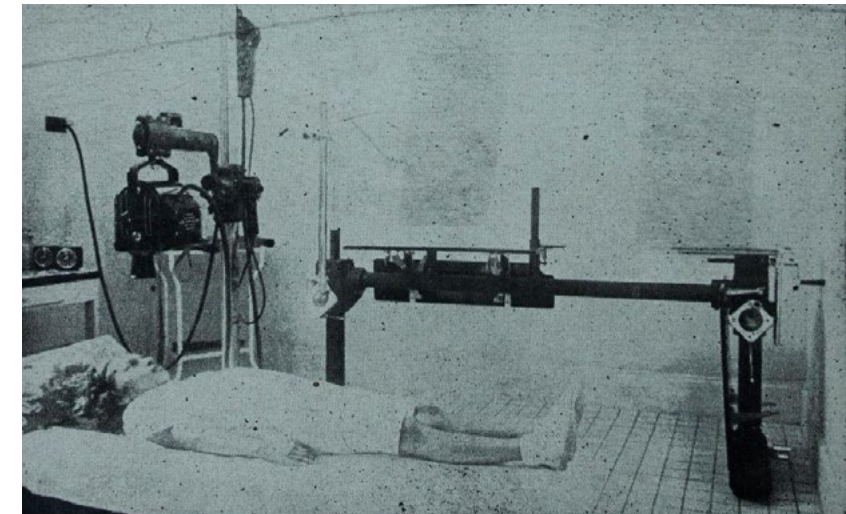
Cuerpo de enfermeras y jefes de servicio



Servicio de fisioterapia



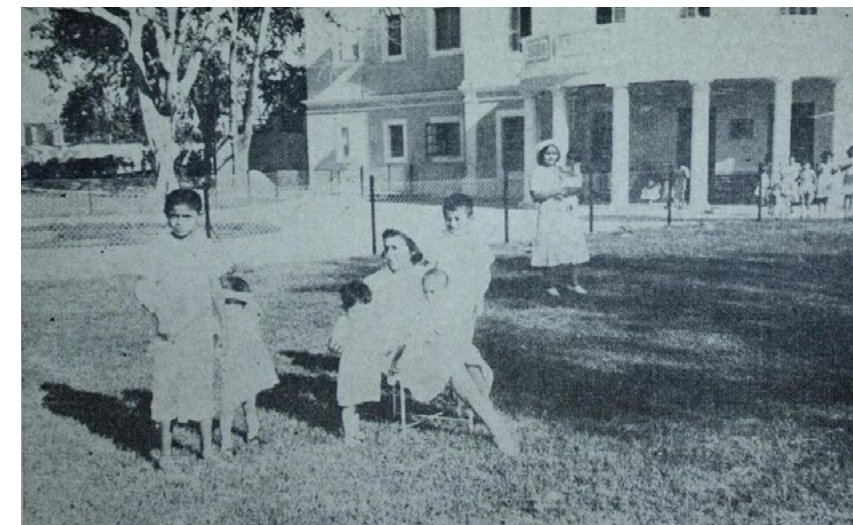
Sala de espera y consulta externa



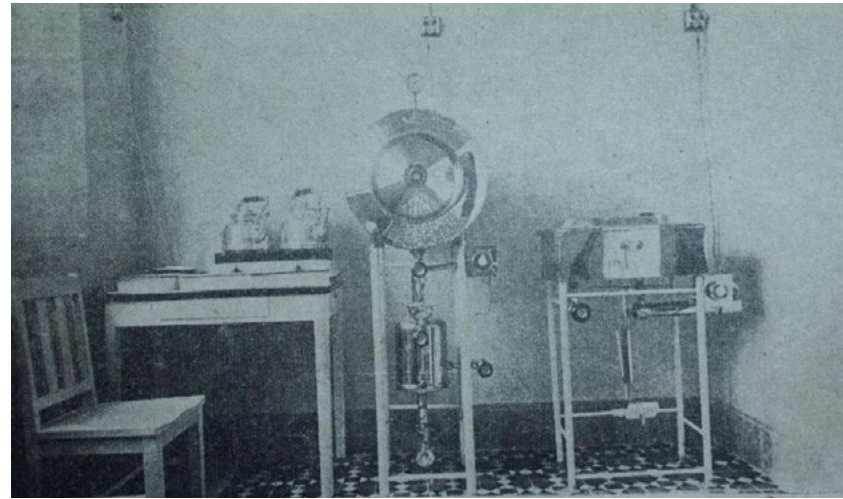
Sala de Rayos X



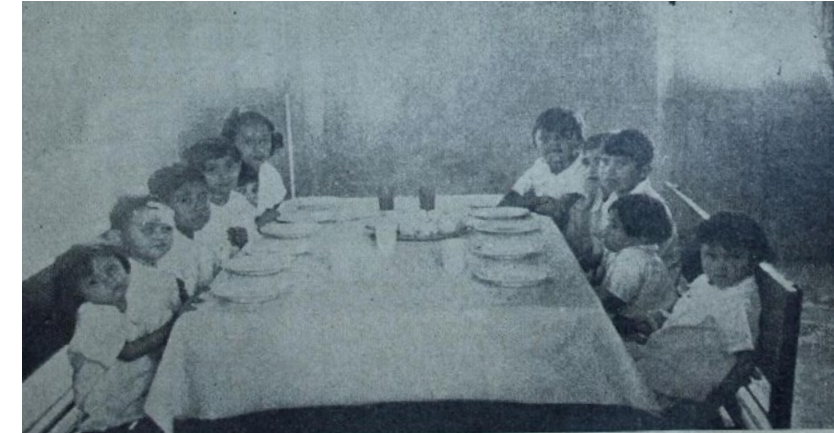
Aspecto de la Sala A de medicina



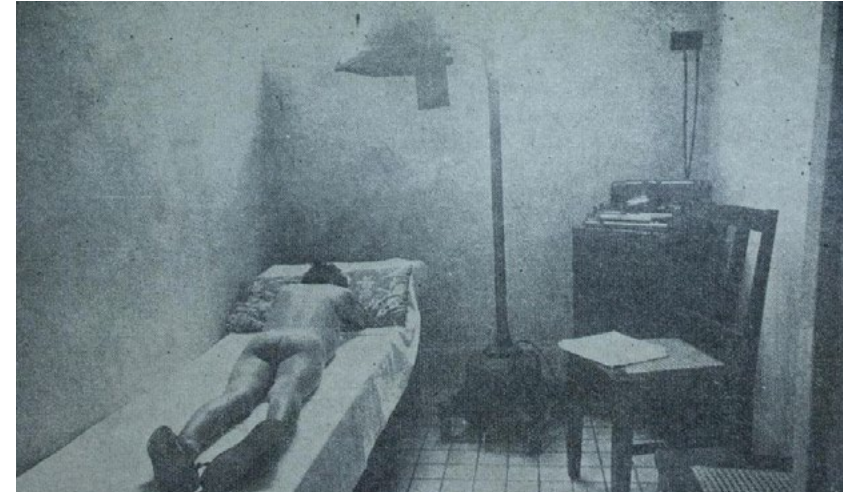
Jardines del Hospital del Niño



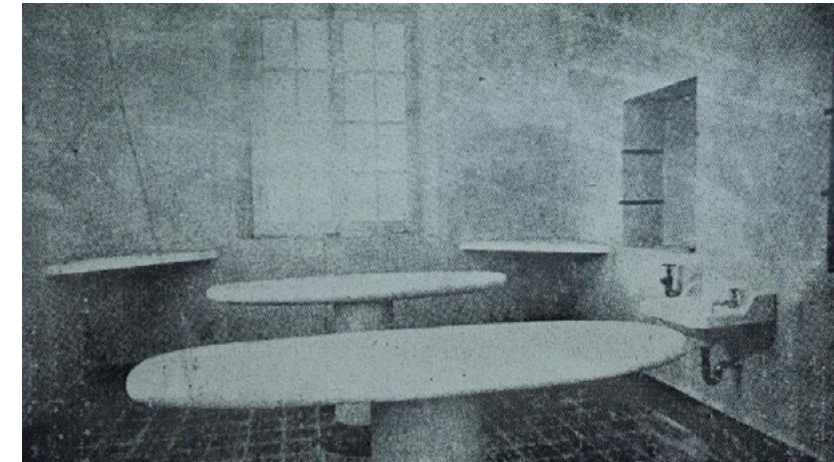
Parte de la sala de esterilización en el área de cirugía del Hospital del Niño



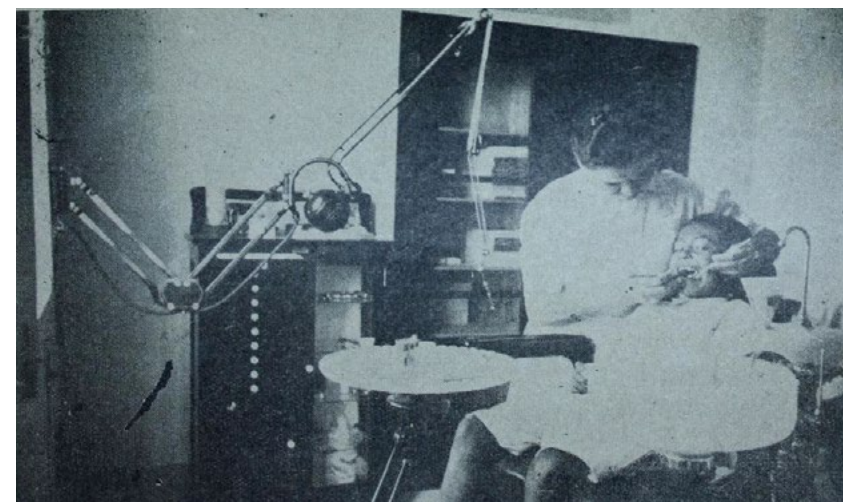
Comedor del Hospital del Niño



Tratamiento de luz ultravioleta en el Hospital del Niño



Sala de autopsias



Servicio de odontología en el Hospital del Niño



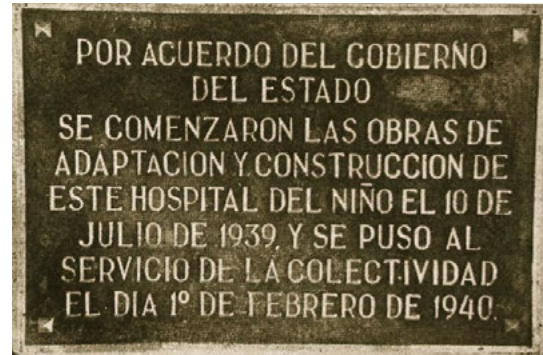
Consulta oftalmológica



La inauguración del Hospital del Niño



Inaguración del Hospital Infantil de México. 1943



Placa conmemorativa a la construcción del Hospital del Niño



Vacunación en un jardín de niños



Los niños y el Presidente. *Archivo General de la Nación - México*
Archivo Fotográfico Enrique Díaz, Delgado y García
Caja 61-12, Archivero 15, gaveta 6 - 1937