

Educación higiénica y cine de salud en México 1925-1960

María Rosa Gudiño Cejudo



EL COLEGIO DE MÉXICO

EDUCACIÓN HIGIÉNICA Y CINE DE SALUD EN MÉXICO,
1925-1960

CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

EDUCACIÓN HIGIÉNICA
Y CINE DE SALUD EN MÉXICO,
1925-1960

María Rosa Gudiño Cejudo



EL COLEGIO DE MÉXICO

353.62709720904
G922e

Gudiño Cejudo, María Rosa

Educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960 / María Rosa Gudiño Cejudo. – 1a ed. – Ciudad de México : El Colegio de México, 2016.
256 p. : il. ; 22 cm.

ISBN: 978-607-462-927-9

1. Educación sanitaria en películas cinematográficas – México – Historia – Siglo xx. 2. Campesinos en películas cinematográficas – México – Historia – Siglo xx. 3. Promoción de la salud – México – Historia – Siglo xx. I.t.

Primera edición, 2016

D.R. © El Colegio de México, A. C.
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 Ciudad de México
www.colmex.mx

ISBN 978-607-462-927-9

Impreso en México

ÍNDICE

Agradecimientos	13
Introducción	15
Dos justificaciones	18
La cartelera	20
El escenario	23
Aproximaciones al tema	24
Del papel y la pantalla grande	31
Los capítulos	33
I. Una mirada retrospectiva	37
Antecedentes	42
Desde el Congreso Constituyente	44
Andamiaje institucional	48
Fundación Rockefeller y unidades sanitarias	51
Salud y comunidades rurales	56
Médicos al campo	59
Por la defensa del continente y la erradicación	66
II. Educación higiénica: instrumentos y actores	69
Educación higiénica en México	70
Exposición Popular de Higiene de 1910	72
Sección de Educación Higiénica y Propaganda	75
Instrumentos de educación y propaganda sanitaria	78
Conferencias y transmisiones radiofónicas	79
Periódicos, folletos y carteles	84
Museo de higiene	91
Cine	97
Dibujantes y directores de cine	101
Distribución de la propaganda sanitaria	105

Intermediarios sanitarios	107
Médicos	108
Sanitaristas	111
Maestros rurales	116
III. Cine contra la sífilis	121
Llegó el cine a México	122
Para combatir la sífilis	130
Campaña antivenérea y estrenos filmográficos	134
Primera llamada: <i>Listos para vencer</i>	135
<i>Al final del camino</i>	138
Trama y desenlace	140
Recepción en México	144
<i>El precio de un desliz</i> , un estreno condicionado	146
<i>Reconquista</i> , una versión mexicana contra la sífilis	149
IV. Salud para las Américas y Walt Disney	153
La defensa del continente	154
XI Conferencia Sanitaria Panamericana	156
Salud para las Américas	159
Walt Disney a escena	161
Los cortometrajes	170
El escenario y los actores	171
La trama	172
Otras historias más reales	175
México: laboratorio de prácticas estadounidenses	177
Desde Xochimilco, los cortometrajes se preparan para salir	180
Caravana Disney en la Cuenca de Tepalcatepec	184
V. A erradicar el paludismo: una versión cinematográfica mexicana	191
El paludismo y sus manifestaciones	194
Campaña nacional de erradicación del paludismo en México	199
Rociadores y notificantes	201
Educación higiénica para la campaña	206
Cine antipalúdico	208
Cine de la erradicación	210

Una muestra de cine mexicano	215
Walter Reuter y su combate al paludismo	216
La erradicación a la mexicana	219
<i>Cruzada heroica</i> y erradicación del paludismo en México	224
Conclusiones	231
Referencias	237
Archivos	237
Filmotecas	237
Fuentes primarias	237
Libros y artículos	240
Filmografía mexicana	255
Filmografía estadounidense	255
Hemerografía	256

A mis padres, Rosa María y Jesús, por ser como son

AGRADECIMIENTOS

ESTE LIBRO PRIMERO fue mi tesis doctoral realizada en el Centro de Estudios Históricos de El Colegio de México. Guillermo Palacios la dirigió y fue testigo de mis inesperados cambios de ideas, escenarios y personajes. Su agudeza intelectual y sentido del humor dieron la combinación perfecta para que los momentos de tropiezos e incertidumbres fueran menos difíciles. Durante el proceso de investigación recibí comentarios y sugerencias de Luis Aboites, Claudia Agostoni, Javier Garcíadiego, Renato González Mello, Bernd Hausberger, Engracia Loyo, Ricardo Pérez Montfort y Ariel Rodríguez Kuri. A cada uno de ellos agradezco su cuidadosa lectura de aquellos primeros borradores y sus reflexiones.

Esta investigación requirió de un constante trabajo en archivos, bibliotecas y filmotecas. Fui muy afortunada y en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, el Acervo Histórico del Instituto Nacional de Salud Pública y la Biblioteca Daniel Cosío Villegas de El Colegio de México, siempre recibí de sus directores y equipo de trabajo el apoyo que todo investigador requiere para trabajar con entusiasmo. Mención aparte merece el Departamento de Catalogación de la Filmoteca Nacional de la UNAM, donde Ángel Martínez me permitió abrir la *caja de pandora* para descubrir cientos de cortometrajes sobre campañas de salud. Además de verlos, tuve la fortuna de catalogarlos, y esta tarea se hubiera dificultado de no haber contado con la paciencia y dedicación de don Mario Tovar, quien pasó horas proyectándome cintas de 16 y 35 mm. A Ángel, don Mario y Martha Villaloz, quien completa el equipo de la filmoteca, les agradezco su confianza, hospitalidad y buena disposición hacia mi trabajo.

Los recursos económicos son parte fundamental de toda investigación y ésta no hubiera podido realizarse sin la beca que recibí del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) para realizar mis estudios de maestría y doctorado en El Colegio de México. Además, dicha institución me otorgó una beca mixta para realizar una estancia de investigación en el Departamento de Historia de Johns Hopkins University en la ciudad

de Baltimore, Maryland. Desde esa universidad los viajes a la ciudad de Washington para trabajar en la Biblioteca del Congreso, la National Library of Medicine y los National Archives (College Park, DC) trajeron consigo la satisfacción de haber localizado las películas de salud que buscaba. La primera con la que trabajé es una copia alemana de un filme silente estadounidense de 1919 y los cartones con diálogos están en alemán-deutsch; la desinteresada ayuda de Angelika Hoelger, quien tradujo gran parte de los diálogos al inglés, fue fundamental para iniciar. El Colegio de México también me apoyó económicamente para concluir mi tesis y del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México recibí una beca adicional; a estas instituciones, agradezco su apoyo. Terminé de escribir este libro después de dos años de estancia posdoctoral, con beca Conacyt, en la Secretaría Académica del Instituto Nacional de Salud Pública. Esta experiencia académica me permitió, entre otras cosas, confrontar el pasado con el presente de la salud pública, valorar la utilidad histórica de la educación higiénica, actualmente llamada promoción de la salud, y revalorar la prevención como un compromiso permanente con la población por parte de las autoridades sanitarias y profesionales de la salud. Por último, tuve la oportunidad de difundir entre los sanitaristas contemporáneos el uso del cine de salud como una alternativa para enriquecer la educación en salud.

Escribir este libro requirió de tiempo, paciencia y dedicación; también de amor y cariño. Lo primero fue responsabilidad personal, lo segundo lo recibí de mis padres Rosa María y Jesús, pilares de mi gran familia. También de mis amigos de siempre. Cuando este escrito fue tesis contó con la inesperada llegada a mi vida de Andrés Ríos Molina y el pequeño Mateo. Ahora que es libro, Andrés y Mateo, mi querido adolescente, están a mi lado y su compañía y amor han sido y son vitales.

INTRODUCCIÓN

UNA DE LAS grandes preocupaciones de los gobiernos posrevolucionarios fue ofrecer servicios de salud y crear una cultura de la higiene en todos los mexicanos. A partir de 1925 se implementaron ambiciosas campañas de salud y programas de educación higiénica para combatir epidemias y enseñar a la población a evitar enfermedades gracias a la prevención, la vacunación y la asimilación de consejos sobre higiene. Para que estos programas llegaran a la gente se diseñó, produjo y difundió propaganda de manera oral, escrita, visual y audiovisual, por medio de conferencias, programas radiofónicos, folletos, carteles, exposiciones y cine.

En el periodo que abarca esta investigación, los programas de educación higiénica estuvieron encabezados por el Departamento de Salubridad Pública (DSP), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y la Secretaría de Educación Pública (SEP), que involucraron, para la producción de la propaganda, a un amplio equipo constituido por dibujantes, cineastas, museógrafos y locutores para que tradujeran a un lenguaje accesible las recomendaciones médicas y sanitarias. En consecuencia, la propaganda, cuyo interés era incidir en los hábitos cotidianos, se constituyó en un puente que vinculó el discurso médico y epidemiológico con la cultura de los receptores.

Los programas de educación higiénica y su propaganda han sido un tema poco analizado por los historiadores de la salud pública, cuyo interés se ha enfocado en la historia de médicos e instituciones, la organización de determinadas campañas sanitarias, su puesta en marcha en las comunidades y algunas manifestaciones de resistencia de la población hacia las medidas sanitarias que consideraron impositivas y riesgosas. Esta investigación centra su mirada analítica en tres importantes campañas realizadas entre 1925-1960 y en la producción cinematográfica con fines educativo-propagandísticos utilizada para su desarrollo: la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (1927), Salud para las Américas (1943-1950) y la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, iniciada en 1957. Las tres utilizaron

el cine como un novedoso instrumento de educación higiénica, fomentaron la exhibición de películas estadounidenses e incentivaron la producción nacional. La selección de estas campañas no excluye el uso del cine en otras, de carácter nacional, realizadas principalmente en la década de 1950.

Particularmente, el binomio campañas sanitarias-cine tiene una dimensión social y cultural poco estudiada en México. A diferencia de la historia del cine comercial que ha merecido la atención de historiadores y cineastas, la del cine de salud ha pasado casi desapercibida. Salvo contadas excepciones, el análisis de películas dedicadas a prevenir enfermedades y a dar consejos higiénicos no ha despertado el interés de los historiadores vinculados con la historia de la salud y de la medicina. Una causa había sido la dificultad para localizar las películas en buen estado de conservación;¹ otra razón, de índole metodológica, es el escepticismo que hubo hacia las imágenes en movimiento como fuente para la historia. Pierre Sorlin reconoció la reticencia de los historiadores de los años sesenta para ver en las imágenes una fuente para la historia,² y Marc Ferro afirmaba que el cine, aun a poco de cumplir 100 años de su invención, seguía sin considerarse una fuente válida para la historia por lo impreciso o poco creíble de su contenido.

Sin embargo, en la actualidad se reconoce que la riqueza analítica de un filme no sólo radica en su dimensión estética, sino también en su potencial social y cultural, porque nos muestra formas de vida, de pensamiento, conductas e ideologías que permiten al espectador un acercamiento socio-histórico al momento o personaje representado en la pantalla. Así se explica que el análisis no considere necesariamente al conjunto de la obra, sino que puede basarse en fragmentos o en series.³ Dado que las películas son textos inteligibles que pueden ser descifrados, como cualquier fuente escrita, es el historiador quien construye el problema de estudio con sus preguntas.⁴ Por lo anterior, la calidad del material cinematográfico que aquí

¹ Para el caso mexicano, a mediados de 2005 tuve noticias de la existencia del acervo filmográfico de la Secretaría de Salud, que se alojaba en el Archivo Histórico de dicha dependencia. De ese material solamente se tenía un listado con títulos tentativos. Afortunadamente, en noviembre de 2006 las películas pasaron a la Filmoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y desde esa fecha inicié un enriquecedor periodo de catalogación en el que clasifiqué más de 200 cortometrajes nacionales y extranjeros. El catálogo temático que realicé de ese material está disponible en la Filmoteca de la UNAM.

² Sorlin, 2005, p. 31.

³ Ferro, 2000, p. 39.

⁴ Tuñón, 2001, p. 341.

se presenta y lo novedoso del tema me llevaron a correr el riesgo de proponer, con palabras de Marc Ferro, “una lectura histórica del filme, no un lectura fílmica de la historia”.⁵

Este vacío historiográfico y la importancia analítica de la propaganda sanitaria como un instrumento de persuasión motivaron mi interés por conocer y analizar esas formas habladas, escritas y actuadas para aconsejar a un público, al que generalmente se consideró ingenuo y atrasado, que ser limpio, lavarse las manos, vacunarse, usar zapatos, ser cuidadoso en la vida sexual, aplicar insecticidas y tomar a tiempo sus medicinas les beneficiaría enormemente en la vida diaria y en la de sus descendientes. Tras esta variedad de mensajes, aparentemente ingenuos, benévolo y paternalistas, plasmados en la propaganda sanitaria, subyace un discurso oficial que formaba parte del proyecto de Estado moderno gestado en los gobiernos posrevolucionarios, desde Álvaro Obregón (1920-1924) hasta Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958).

En consecuencia, con este planteamiento y en aras de una historia social y cultural de la salud pública mexicana, sostengo que la propaganda sanitaria, además de haber sido un instrumento de persuasión, fue el espacio donde convergieron múltiples actores y esfuerzos para reforzar un proyecto médico-cultural modernizador e incluyente, pero también coercitivo. Dicho proyecto fue organizado por el Estado nacionalista y paternalista mexicano, que usó la propaganda no sólo para acrecentar el valor de las campañas sanitarias, sino también para fortalecer su imagen como un Estado preocupado por la salud de sus ciudadanos, en un periodo en que necesitaba consolidarse, legitimar su mando y ganarse a la población. En este sentido, el estudio de las campañas sanitarias y sus instrumentos de educación higiénica (propaganda) servirán de lente para explorar cómo trabajó el Estado mexicano en materia de educación higiénica.

Para alcanzar el objetivo principal, esta investigación da respuesta a las siguientes interrogantes: ¿cómo por medio de la propaganda sanitaria se hizo partícipes a las nuevas generaciones de mexicanos de una cultura de la prevención de enfermedades?, ¿de qué manera y a partir de qué estrategias se les solicitó, persuadió y forzó a que cambiaran su comportamiento personal para prevenir enfermedades?, ¿quiénes participaron como enlace entre la propaganda y la gente?, ¿mediante qué tipo de representaciones o estereotipos se conformó la imagen del ciudadano moderno que requería el

⁵ Ferro, 2000, p. 27.

país? y ¿qué papel jugó el llamado cine de salud en el proceso de educación higiénica?

DOS JUSTIFICACIONES

El *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* y las *Memorias* anuales, donde los jefes del Departamento o secretarios de Salubridad resumieron y publicaron las actividades realizadas a lo largo de sus respectivas gestiones, ofrecen información detallada de los trabajos para combatir las enfermedades y la insalubridad en México entre 1925 y 1960. Con base en su información cabe diseñar, primero, un mapa de las enfermedades más recurrentes y combatidas a lo largo de estos años; segundo, la posibilidad de ponderar el alcance, la eficiencia y los beneficios de las campañas sanitarias al buscar repeler esas enfermedades y persuadir a la población sana a tomar las medidas conducentes para evitarlas; por último, mostrar que la constancia de las campañas y la incursión de la inmunología y la bacteriología⁶ favorecieron el combate a la enfermedad y redujeron los índices de mortalidad entre la población.

Como veremos líneas abajo, con campañas organizadas y la dotación de sueros y vacunas fue posible enfrentar el variado cuadro epidemiológico prevaleciente en México desde la década de 1920. Dicho cuadro estaba conformado por enfermedades como el paludismo, fiebre amarilla, tuberculosis, enfermedades venéreas, uncinariosis, tifoidea, enfermedades gastrointestinales y oncocercosis, entre otras, sin perder de vista que por su carácter endémico muchas de ellas se mantuvieron intermitentes a lo largo de este periodo, antes de su erradicación, como la viruela en 1951. Otras enfermedades, como el mal de pinto, la brucelosis y el sarampión, apa-

⁶ La inmunología es la ciencia que estudia los mecanismos inmunológicos defensivos y la reacción de los tejidos del sistema inmunitario. La bacteriología es la parte de la microbiología que estudia específicamente las bacterias. En el último tercio del siglo XIX se convirtió en una disciplina privilegiada de la medicina y dio nombre a toda una época. Las bacterias se encuentran en el origen de muchas enfermedades y por ello es necesaria una terapia que responda a las causas de la enfermedad. Louis Pasteur, con su descubrimiento de que *los microbios sólo surgen a partir de microbios*, dio el empuje definitivo a la bacteriología. Después Roberto Koch, a inicios de 1880, demostró que las bacterias son el origen del mal de bazo, tuberculosis y cólera, y alcanzó grandes éxitos en la lucha contra las epidemias.

recieron en el cuadro epidemiológico nacional de forma más persistente hacia la década de 1930, y otras más, como el cáncer, la poliomiелitis y el bocio, lo hicieron en las décadas de los cuarenta y cincuenta.

En este libro analizaré las campañas para dos enfermedades: sífilis y paludismo. La tercera campaña, Salud para las Américas, abarca un programa mayor de prevención para más enfermedades. Presentaré cifras que muestran el gradual descenso registrado en los índices de mortalidad relacionados con estas enfermedades y buscaré dejar en claro que la constancia de las campañas propició esos logros; sin embargo, a pesar de que las cifras muestran una innegable reducción de la enfermedad, no necesariamente hubo mejora en la calidad de vida material de los mexicanos de aquellos años. La asociación entre las condiciones materiales de vida con una consecuente mejoría en la salud de la población, como sería el suministro de agua potable o el uso de letrinas para evitar enfermedades gastrointestinales, nos lleva a dos problemas de estudio: el primero es de qué manera las desigualdades sociales, económicas, sanitarias y materiales, que marcaron la vida de amplios sectores de la población nacional, retrasaron la atención médica y sanitaria para la disminución de las enfermedades; el segundo, de qué manera el Estado y las autoridades sanitarias buscaron alternativas para revertir esas carencias materiales convirtiéndolas en elementos útiles para sus fines propagandísticos.

Esta investigación siguió dos rutas de análisis, cuyos ejes rectores son el proceso de organización de las campañas seleccionadas y las representaciones cinematográficas utilizadas para reforzar su dinámica. Desde la óptica de la historia sociocultural, se hace énfasis en los instrumentos pedagógicos empleados para enseñar a la población a prevenirse de esas enfermedades y cómo adquirir hábitos y conductas higiénico-sanitarias adecuadas.

¿Por qué estas campañas y no otras? La selección responde a tres causas. La primera es que se trató de campañas diseñadas para combatir enfermedades con una incidencia importante entre la población. Cuando se decidió combatir la sífilis, en 1927, su promotor, el doctor Bernardo Gastélum, afirmaba que 60% de la población padecía esta enfermedad. La campaña Salud para las Américas y la manera como se implementó en México forma parte de la presencia estadounidense, iniciada por la Fundación Rockefeller en 1920, y su injerencia en materia de salubridad. Por su parte, la lucha contra el paludismo fue constante desde los trabajos realizados por el porfiriano Consejo Superior de Salubridad y después por el Departamento de Salubridad Pública; sin embargo, al planear la campaña de 1957 se esti-

maba que los casos anuales de esta enfermedad llegaban a los dos millones de personas, cifra cuestionada por diferentes autores.⁷

La segunda causa es que estas campañas respondieron a un contexto político-sanitario internacional al que México no fue ajeno. Las dos campañas representativas de esto son Salud para las Américas y la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, porque ambas se realizaron en momentos de gran trascendencia política. La primera de ellas surgió en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, cuando desde Estados Unidos se promovió la unidad latinoamericana y la defensa del continente a través de programas sanitarios. La Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, fundada por el presidente Franklin D. Roosevelt en 1940 y dirigida por Nelson Rockefeller, encabezó esta campaña para América Latina, y México fue uno de los principales países receptores. El inicio de la Guerra Fría marcó el contexto del proceso de erradicación internacional del paludismo. Desde 1955, durante la VIII Asamblea Mundial de la Salud, realizada en la Ciudad de México, el país sede apoyó la propuesta para que la Organización Mundial de la Salud orientara las campañas antipalúdicas con miras a su erradicación. México inició la suya en 1957 y entró de lleno en la propuesta sanitaria mundial de la erradicación. Finalmente, la tercera causa tiene que ver con la propuesta de educación higiénica de estas campañas, basada en el uso de películas como instrumentos educativos de los que podría esperarse una buena aceptación entre la población. Lo atractivo de la cartelera cinematográfica utilizada en estas campañas y lo novedoso del uso de películas en sus programas de educación higiénica dan sustento a la segunda línea de análisis de esta investigación.

LA CARTELERA

La inexistencia de películas de salud mexicanas de finales de los años veinte y principios de los treinta propició que los organizadores de la campaña contra las enfermedades venéreas promovieran, específicamente, tres películas estadounidenses y una alemana. Fue hasta la década de los cincuenta cuando se produjo el cortometraje mexicano titulado *Reconquista*. Para aproximarnos cinematográficamente a esta campaña, cuando fue iniciada en 1927, analizo primero *The End of the Road (Al final del camino)*,

⁷ Birn, Cueto y Gómez Dantés, véase bibliografía.

uno de los largometrajes estadounidenses silentes, producido en 1919 por la Armada y el Departamento de Salud, y *El precio de un desliz*, producida por Columbia Pictures y estrenada en cines mexicanos en 1934. El largometraje mexicano *Reconquista*, filmado en 1957, responde a un segundo periodo.

Para Salud para las Américas existe una amplia cartelera dirigida por Walt Disney,⁸ el fotógrafo Herbert Knapp y el productor Jack Chertok.⁹ El primero dirigió, entre 1943 y 1945, trece cortometrajes sobre salud,¹⁰ de los cuales en este libro analizo seis, *The Winged Scourge*, *Water: Friend or Enemy*, *Defense Against Invasion*, *How Disease Travels?*, *Cleanliness Brings Health* e *Infant Care*. De la dupla Knapp-Chertok retomo los cortometrajes *La viruela*, *La disentería* y *La tifoidea*, filmados en México entre 1945 y 1946.¹¹

Finalmente, la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, iniciada en 1957, inspiró la realización de tres cortometrajes mexicanos. El primero es *Guerra al paludismo*, realizado por el fotógrafo alemán Walter

⁸ *Walt Disney* se llamaba Walter Elías Disney y nació en Chicago, Illinois, el 5 de diciembre de 1901, en el seno de una modesta familia. Desde pequeño cooperó a la economía familiar y a la par que vendía periódicos, asistía a sus clases de dibujo en la Escuela de Bellas Artes. Este acercamiento con las artes plásticas fue el único que tuvo en su juventud, ya que a los 17 años (1918) estaba enrolado como voluntario de la Cruz Roja y, después, durante la Primera Guerra Mundial, fue enviado a Francia. A su regreso a Estados Unidos trabajó como diseñador publicitario en Kansas City, donde conoció al ilustrador alemán Ubbe Iwerks, quien se convirtió en pilar de su imperio. Véase Fonte y Matay, 2000.

⁹ Jack Chertok nació en Atlanta, Georgia, en 1906 y murió en Los Ángeles en 1995. Fue un reconocido productor de cine y televisión. Quizá su serie más conocida en México fue *Mi marciano favorito*. A mediados de los treinta produjo una gran variedad de filmes cortos para MGM, que incluyó comedias, documentales y dramas. Llama la atención que de su extensa filmografía (más de 131 películas) no se menciona su vínculo con la Oficina de Asuntos Interamericanos (OIAA). Sobre la trayectoria de Herbert Knapp no se localizó más información.

¹⁰ Los primeros tres cortometrajes que filmó son *The Winged Scourge*, *Water: Friend or Enemy* y *Defense Against Invasion*, que se tradujeron al español como *La peste alada*, *Agua: amiga o enemiga* y *La defensa contra la invasión*. Disney completó su serie con *The Human Body* (*El cuerpo humano*), *What is Disease?* (*¿Que es la enfermedad?*), *How Disease Travels?* (*¿Cómo viaja la enfermedad?*), *Insects as Carriers of Disease* (*Insectos como portadores de la enfermedad*), *Cleanliness Brings Health* (*La limpieza trae salud*), *Environmental Sanitation* (*Saneamiento del ambiente*), *Planning for Good Eating* (*Una buena alimentación*), *Infant Care* (*El cuidado del niño*), *Tuberculosis* y *Hookworm*.

¹¹ Copias de otros nueve cortometrajes producidos por Jack Chertok se encuentran en el acervo filmográfico de la Fundación Osvaldo Cruz, en Río de Janeiro, Brasil.

Reuter.¹² Los otros dos son *Cruzada heroica*, dirigido por Francisco del Villar,¹³ y *Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo*, de director desconocido, ambos producidos bajo el patrocinio de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública y distribuidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Este material filmográfico representó la incursión del cine mexicano en el proceso de educación higiénica y lo convirtió en portavoz de la propaganda sanitaria del Estado mexicano.

El análisis del contexto histórico en el que se produjeron los cortometrajes que aquí analizo me permite afirmar que el discurso renovador planteado en la propaganda sanitaria para convertir a los mexicanos en individuos limpios, fuertes y sanos debía lograrse con la ayuda de las autoridades sanitarias, pero preferentemente con la colaboración de la población, a la que se enseñaba que la pobreza económica y material no era un impedimento para la práctica higiénica y sanitaria. A lo largo de las décadas de 1920 y 1930, la propaganda los orientó a encontrar dentro de su propio hábitat métodos de higiene personal y de cuidado de la salud que no significara para el Estado la introducción de cambios complejos. Uno de los planteamientos de este libro es que la propaganda sanitaria, si bien representó al Estado mexicano como el regulador de los hábitos sanitarios de los individuos, no lo comprometió a mejorar las condiciones materiales de la población. Esto nos habla de la autopercepción del Estado posrevolucionario como una maquinaria que aún no podía lanzarse a empresas de mayor envergadura, como era promover el cambio material inmediato hacia nuevas formas de vida que garantizaran la salud.

Hacia las décadas de 1940 y 1950 identifiqué un segundo momento para la propaganda sanitaria y el cine como su principal portavoz. Las películas, utilizando un discurso doble, representaron a individuos atrasados e ignorantes de los hábitos higiénicos más elementales para llevar una

¹² Walter Reuter llegó a la Ciudad de México, procedente del puerto de Veracruz, en 1942. Publicó su trabajo como fotoreportero en las revistas *Hoy*, *Nosotros* y *Siempre*. Su trayectoria filmográfica inició en los años cincuenta con la elaboración de documentales de contenido social.

¹³ Francisco del Villar nació en 1920 y murió en 1978. Fue director y productor de cine mexicano y se mantuvo activo entre 1950 y 1975, año en el que filmó su última película, titulada *El llanto de la tortuga*, con guión de Vicente Leñero y fotografía de Gabriel Figueroa. Los siete documentales que realizó para la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre 1955 y 1965, no aparecen registrados en los compendios que existen sobre su filmografía. Actualmente realizó una investigación sobre su vida y filmografía.

vida digna y saludable y al mismo tiempo a un sujeto redimible, capaz de salvarse de la ignominia, de la suciedad y la enfermedad. Para esta década el Estado mexicano ya aparece como un benefactor con capacidad de organizar atractivas campañas para la población, y se representó a través de la figura de médicos, agentes sanitarios, enfermeras, rociadores y notificantes, a quienes se convirtió en *modelos sanitarios* para que la población imitara o, en el mejor de los casos, buscara parecerse a ellos.

EL ESCENARIO

¿Cómo delimitar un espacio geográfico cuando la condición de trashumania de las campañas y del espectáculo cinematográfico abarcó una buena parte del país? El carácter nacional de las campañas que aquí se analizarán nos ubica en ese amplio espacio geográfico difícil de conglomerar; por ejemplo, en el programa de la campaña antivenérea de 1927, *Al final del camino* se exhibió en todo el país, porque al anunciarse el cine como una de las novedades de la campaña, la película se proyectó con base en su propio itinerario. Por su parte, el material fílmico de Salud para las Américas se distribuyó gracias al Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento que inició en México en 1943 y tuvo presencia mayoritaria en el centro y norte del país, sobre todo en las ciudades y pueblos por los que pasaría la carretera panamericana. Ejemplos concretos son Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Veracruz y Estado de México, donde hubo presencia de este programa y en consecuencia la proyección de las películas de Walt Disney. En este libro solamente destacué las actividades que este programa realizó en Xochimilco (Ciudad de México) y la región conocida como la Cuenca de Tepalcatepec, que abarcaba veintiún municipios del estado de Michoacán, seis de Jalisco y otros tantos de Guanajuato. En Xochimilco se diseñaron estrategias para proyectar las películas. Por último, los documentales sobre la erradicación del paludismo tuvieron una audiencia mayor porque se distribuyeron en cada una de las catorce zonas palúdicas en las que se dividió el país para efecto de la campaña.¹⁴

¹⁴ También sabemos que la Dirección de Educación Higiénica de la SSA recibió solicitudes de los ministerios de Salud de Guatemala y El Salvador para que se les enviaran copias de este material. En 1969, por intermediación de la Secretaría de Relaciones Exteriores, se enviaron a Guatemala copias de *Cruzada heroica* para regalar a los ministros. En SSA, CNEP, caja 9, exp. 1, 1962-1978.

Por lo anterior, el intento para establecer un marco espacial delimitado por regiones geográficas se desdibuja al constatar que las películas no tuvieron un área específica de distribución y exhibición. Para compensar esta situación, analizo los pormenores suscitados en el espacio particular en el que se presentaron: el ámbito de lo rural.

APROXIMACIONES AL TEMA

Desde finales de la década de 1950, el interés por el estudio de la historia de la salud pública en el ámbito internacional tuvo un enfoque tomado de la historia social. El trabajo pionero en esta vertiente es el del médico sociólogo alemán George Rosen.¹⁵ Este autor ofrece una visión cronológica del proceso social de los avances tecnológicos de la ciencia y la medicina para combatir la enfermedad. Analiza los procesos económicos, políticos y sociales como determinantes para la implementación de los sistemas de salud pública entre la población; quizá lo más audaz de su propuesta fue afirmar que la protección y la promoción de la salud de los ciudadanos era la función más importante del Estado moderno. Si bien el campo de estudio de Rosen se circunscribe a los casos europeo y estadounidense, su libro se convirtió en la base del estudio de la historia de la salud pública internacional.

A partir de la década de 1970 aumentó el interés por conocer el efecto y las percepciones de la enfermedad, el devenir de la salud pública colectiva e individual, y el de las políticas sociales ligadas a ella.¹⁶ En este sentido, la historia de la salud fue renovada por estudios que dieron un nuevo enfoque al desarrollo institucional de la salud y la medicina: cuestionaron el modelo tradicional de la historia de la medicina y aportaron ideas relacionadas con las instituciones y el orden político. Esto devino en un enfoque social de la salud pública que ha incorporado nuevos temas de estudio, que conforman un mosaico multitemático en el que conviven la historia urbana, la historia de la educación, la de las instituciones de salud y la historia social de la me-

¹⁵ Rosen, 1993. Este libro presenta una síntesis que abarca el descubrimiento de la salud pública en Europa y Norteamérica a través de un seguimiento histórico que inicia con las ideas grecorromanas sobre la salud, hacia la era más moderna de las revoluciones políticas e industriales y la revolución de los movimientos sanitarios y de salud pública de los siglos XIX y XX.

¹⁶ Cueto, 1996, p. 10.

dicina. En conjunto, estas variables ofrecen la posibilidad de abordar temas como el efecto de los programas de salud pública en las comunidades, la relación entre la medicina y la salud pública, la promoción de campañas sanitarias y el discurso empleado por médicos, legos y las propias autoridades oficiales en la construcción de mecanismos de enseñanza, medidas preventivas, modificación de hábitos de higiene, etcétera.

¿Qué temas derivados del estudio de la salud pública han sido privilegiados por los historiadores de la medicina y de la salud? ¿Cuál es el panorama historiográfico en torno del tema de la educación higiénica como parte medular de las campañas de salud? ¿Qué papel ha jugado el cine como instrumento de educación higiénica y de qué manera se ha analizado historiográficamente?

Sobre las investigaciones relacionadas a la historia de la salud pública y su interacción en las sociedades latinoamericanas, el historiador Marcos Cueto señala: “algunos vacíos existentes en la historiografía contemporánea empiezan a ser subsanados con investigaciones que abordan desde una perspectiva social y cultural, la historia de la salud y los diferentes mecanismos para su aplicación”.¹⁷ Ejemplo de esto es el estudio del efecto de los programas de salud pública en las comunidades urbanas y rurales. A decir de Cueto, en los últimos años la mayor parte de las investigaciones sobre historia de la salud en la región ha dirigido su atención a analizar las posibilidades de resistencia de quienes reciben las acciones diseñadas por las políticas sanitarias dictadas por el Estado.¹⁸ Por su parte, desde la clásica división temática: historia de la medicina, de la salud pública y la sociocultural de la enfermedad, el historiador Diego Armus ofrece un esquema historiográfico sobre lo que él llama las “nuevas” formas de aproximarse a la historia de la enfermedad y su relación con la sociedad. Indica que el acercamiento sociocultural ofrece no sólo la posibilidad de estudiar la medicina, la salud pública y la enfermedad como problema, sino como excusa o recurso para discutir otros temas, entre los que se insertan las campañas de salud y los programas de educación higiénica que interesan a esta investigación.¹⁹

En el terreno específico de las campañas sanitarias y sus programas de educación higiénica, nos encontramos con un campo historiográfico poco

¹⁷ Una interesante recopilación es la coordinada por este autor en el libro titulado *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Allí encontramos estudios sobre Argentina, Brasil, Colombia y México.

¹⁸ Cueto, 1996, p. 26.

¹⁹ Armus, 2007.

explorado que empieza a atraer la atención de los historiadores mexicanos. Ernesto Aréchiga analiza las políticas de salubridad pública en México entre 1920-1940 y, a través de ellas, se adentra al terreno de la educación y la propaganda higiénica. Recurre al análisis del discurso plasmado en la literatura y en las obras de teatro, entre otros instrumentos de educación higiénica, como estrategias utilizadas por el nuevo Estado mexicano para hacer de México una nación moderna.²⁰ Desde otro enfoque, Claudia Agostoni ofrece pistas sobre la difusión de los preceptos higiénicos en México a finales del siglo XIX y principios del XX. Ha incursionado también en el estudio de la resistencia de un sector de la población frente a una medida sanitaria, como fue el caso de un grupo de madres de familia que se resistieron a que sus hijos recibieran la vacuna Schick y Dick contra la difteria.²¹ En otro artículo, Agostoni analiza el trabajo de las enfermeras visitadoras, egresadas la mayoría de la Escuela de Salubridad, como promotoras de la salud pública e intermediarias entre las autoridades sanitarias en la década de los veinte y la gente, en un momento en el que la organización de campañas tuvo como motor la difusión de la prevención.²² Hacia la década de los treinta, particularmente durante la presidencia de Lázaro Cárdenas, se implementó en México la llamada Medicina Social, analizada por Agostoni desde el contexto médico y político bajo el cual esta corriente de la medicina se puso en marcha y el efecto que tuvo en las políticas sanitarias de la década de los cuarenta.²³ Para el mismo periodo, la creación y ampliación de los servicios sanitarios rurales cooperativos han sido analizadas por Ana María Carrillo (2005) y Ana Kapelusz-Poppi (2001a, 2001b).

Katherine Bliss, por medio de un análisis sobre la prostitución en el periodo del cardenismo, se refiere de manera general a la propaganda impresa, radio y cine, como instrumentos de educación y difusión empleados en la Campaña Nacional Antivenérea de 1927.²⁴ Recientemente, Socorro Campos Sánchez, en su tesis doctoral “Cien años de divulgación para la salud. El caso de la tuberculosis, 1910-2010”, analiza los mecanismos de divulgación para prevenir la tuberculosis en México a lo largo de 100 años. Con base en un recuento de las formas propagandísticas utilizadas por las autoridades sanitarias de cada momento histórico abordado en su investigación, Cam-

²⁰ Aréchiga, 2007, pp. 57-88.

²¹ Agostoni, 2008a.

²² Agostoni, 2007a.

²³ Agostoni, 2013.

²⁴ Bliss, 1996.

pos utiliza la fotografía y el cine, dos fuentes de reciente incursión en las investigaciones sobre historia social y cultural de la salud pública.²⁵

El estudio de la historia de la fundación de la Escuela de Salubridad de México, en 1922, y su desempeño como centro de formación de enfermeras visitadoras y sanitaristas, trabajadoras sociales y epidemiólogos que se incorporaban a los trabajos dirigidos por el Departamento de Salubridad Pública, ha arrojado información sobre el desarrollo paralelo entre la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, tema de este libro, y la Escuela de Salubridad, como las instancias promotoras de la educación higiénica.²⁶

El cine como fuente para la historia de la medicina, la salud o la enfermedad había sido hasta hace algunos años un tema escasamente trabajado por los historiadores. A esta situación cabe atribuir varias causas, como la dificultad para encontrar las películas en buen estado de conservación. Otra causa es que la historiografía de la historia de la salud pública ha estado determinada por estudios que van de lo general a lo particular, que prioriza el estudio de las epidemias y sus consecuencias, organización y funcionamiento de campañas para combatirlas, así como el desempeño institucional y científico de las autoridades sanitarias. Lo anterior ha allanado el camino para que temas como la educación higiénica y sus múltiples instrumentos de difusión den a conocer la construcción de discursos sanitarios gráficos, orales, visuales y audiovisuales que fueron presentados a la gente.

En materia cinematográfica, el recuento histórico más completo sobre la filmografía estadounidense médica y de salud desde finales del siglo XIX hasta mediados del XX es *A History of Motion Pictures in Medicine*, realizado por el historiador Alfred Nichtenhauser en 1947, un manuscrito inconcluso porque su autor murió en 1953.²⁷ Por su parte, Martín Pernick analiza detalladamente la película *The Black Stork* (La cigüeña negra) y su función como detonadora de discusiones médicas y políticas en torno

²⁵ Campos Sánchez, 2012.

²⁶ La revista *Salud Pública de México* ha publicado una serie de cuatro artículos dedicados a la fundación de la que hoy es la Escuela de Salud Pública de México (ESPM). Véase bibliografía.

²⁷ Este trabajo lo realizó a petición de The Audiovisual Training Section, The Professional Training Division, The Bureau of Medicine and Surgery y el Department of Navy. Una copia de este documento se encuentra en la National Library of Medicine. Nichtenhauser, 1953.

de la eugenesia y la eutanasia a principios del siglo xx. Esta película fue la fuente principal para que Pernick explicara las controversias médicas de la época y la fuerza ideológica del cine.²⁸ Las películas dedicadas a prevenir las enfermedades venéreas han llamado la atención de los investigadores estadounidenses; por ejemplo, Allan Brandt estudia las causas y consecuencias sociales del contagio de las enfermedades venéreas entre la población estadounidense desde 1860, y dedica a las películas *Fit to Win* y *The End of the Road* un análisis cinematográfico, social y educativo.²⁹ Stacie Colwell también analizó *The End of The Road* y priorizó el estudio de su recepción, entre 1919 y 1922, cuando se exhibió en diferentes ciudades de Estados Unidos.³⁰ Estos autores analizan desde enfoques sociales, culturales y de género el contenido de las películas antivenéreas producidas entre 1919 y 1950 y su efecto en la sociedad. Cada uno de ellos las analiza como una fuente que representa audiovisualmente un problema médico y social, el cual afectaba a la población estadounidense y requería de una herramienta masiva, como el cine, para orientar a un número mayor de habitantes sobre sus causas y efectos.

El combate al paludismo también ha inspirado numerosos cortometrajes clasificados por la historiadora Marianne Fedunikiw en dos grandes grupos: los antilarvarios y los de la erradicación. Cada uno de ellos muestra en pantalla los métodos utilizados antes y después del uso de químicos como el DDT.³¹ Con base en el cortometraje *Malaria*, producido por la Fundación Rockefeller en 1925, esta autora hace un recuento de la filmografía británica y estadounidense, y expone los principales ejemplos. Lisa Cartwright ha incursionado en el análisis de los filmes médico-científicos y su valor pedagógico para la enseñanza de la medicina. La autora centra su

²⁸ *The Black Stork (La cigüeña negra)* se inspiró en un caso real, el del niño Bollinger, quien nació con malformaciones físicas irreversibles e incurables que llevaron al médico que atendió su caso a negarse a operarlo. La muerte del niño movilizó a los padres de familia con casos semejantes a visitar al médico que atendió a Bollinger. Para entonces, la opinión pública lo llamaba el “matacigüeñas”. Pernick encontró una copia de esta película entre cientos de latas oxidadas en el *garage* de un vendedor de artículos viejos. A raíz de este “hallazgo”, como el autor lo define, su preocupación por la indiferencia con que habían sido tratadas las películas médico-sanitarias lo llevó a realizar la tarea de rescatar y restaurar miles de ellas, trabajo que planea compilar en el libro *Bringing Medicine to the Masses: Motion Pictures and the Revolution in Public Health, 1910-1928*.

²⁹ Brandt, 1985.

³⁰ Colwell, 1992.

³¹ Fedunikiw, 2003.

análisis en las representaciones cinematográficas del cuerpo humano desde un enfoque médico.³²

La campaña Salud para las Américas y los cortometrajes que Walt Disney filmó para ella han sido analizados por Eric Smoodin, Julian Burton-Carvajal, Seth Fein, Linda Cartwright y, más recientemente, Rodolfo Vidal González, quienes al estudiar la filmografía estadounidense entre 1949 y 1950 incluyeron la producción de Walt Disney para este proyecto. La investigación de Seth Fein es la única que sitúa estas películas en el escenario del contexto mexicano y da seguimiento a su proyección en el estado de Veracruz.³³ Otra mención a esta campaña es la realizada por Linda Cartwright, quien analiza el contenido de los cortometrajes de Walt Disney y destaca los intereses políticos implícitos en el proyecto que los produjo.³⁴ El español Rodolfo Vidal González analiza el cine de Walt Disney como una actividad propagandística durante la Segunda Guerra Mundial, y hace un recuento de la filmografía producida en ese momento histórico. Por supuesto, incluye los cortometrajes realizados para las campañas Salud para las Américas y Literatura para las Américas, diseñados en América Latina.³⁵

En México, el estudio de películas que representan los temas salud-enfermedad empieza a cobrar interés, con la salvedad de que los filmes analizados como fuente han sido películas comerciales y no filmes realizados para campañas de salud específicas. Tal es el caso de los trabajos de Julia Tuñón y Andrés Ríos Molina. La primera publicó un libro sobre medicina y cine, donde presenta las diferentes representaciones cinematográficas de los médicos, su práctica cotidiana y la relación que establecen con el paciente. La autora seleccionó las películas representativas del “cine de oro” mexicano y ofrece al lector una interesante recopilación de títulos, cuyo tema central o secundario gira en torno de la salud o la enfermedad.³⁶ Por su parte, en dos novedosos artículos Ríos Molina analiza las representaciones de la locura femenina en las películas mexicanas *La Loca* (1952) y *Manicomio* (1955).³⁷ También las ideas sobre la enfermedad mental plasmadas

³² Opinaba que los filmes médico-científicos no eran “bonitos” y quizá eso explicaba que no se hubiera escrito mucho sobre ellos. “Medical films are not very pretty and it is perhaps for this reason that so little is written about them” (Cartwright, 1995, p. ix).

³³ Fein, 1998.

³⁴ Cartwright, 1994.

³⁵ Vidal González, 2006.

³⁶ Tuñón, 2005.

³⁷ Ríos Molina, 2006.

en la versión teatral de *El niño y la niebla*, escrita por Rodolfo Usigli, y en la versión cinematográfica dirigida por Roberto Gavaldón en 1953.³⁸

En el terreno de los cortometrajes educativos realizados para campañas específicas tenemos los de Walt Disney, referidos en el trabajo de Juan Manuel Aurrecochea, quien recrea el contexto político y publicitario del viaje que hizo Walt Disney a la Ciudad de México en 1942, previo a la realización de estos cortometrajes de Salud para las Américas.³⁹ En otro artículo dedicado al fotógrafo Gabriel Figueroa, ese mismo autor nos revela una importante doble faceta de Figueroa en la Secretaría de Educación Pública: educador visual y promotor del cine como instrumento educativo en los años cuarenta. El trabajo realizado por Figueroa en aquellos años se vinculó directamente con la revisión que hacían los representantes de los países latinoamericanos de los cortometrajes de Walt Disney que recibirían.⁴⁰

Con los cortometrajes identificados del acervo filmográfico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, publiqué un artículo que destaca temas predominantes, contenidos generales y sus características técnicas de factura. Este acervo filmográfico ha sido la base de otro artículo dedicado a analizar la representación cinematográfica de las alternativas preventivas ofrecidas por las instituciones para cuidar la salud de los mexicanos de los años sesenta.⁴¹ En 2009 se editó un DVD con diez cortometrajes de esta colección y se incorporó en el libro *Cien años de Salud Pública en México. Historia en imágenes*.⁴²

El escenario historiográfico presentado nos ubica en tres campos de estudio que se derivan de la historia de la salud pública: campañas de salud, educación higiénica y cine de salud. Los trabajos citados reconocen la importancia de la promoción de campañas de difusión como factores necesarios para lograr una adecuada articulación entre las políticas de salud pública y la sociedad; sin embargo, una historiografía mexicana que vincule la relación entre campañas-educación higiénica-cine de salud tiene todavía mucho camino por recorrer y este libro es un intento por contribuir a llenar ese vacío. Por este interés, las campañas aquí seleccionadas serán analizadas desde la perspectiva de los programas de educación higiénica

³⁸ Ríos Molina, 2009.

³⁹ Aurrecochea, 2003.

⁴⁰ Aurrecochea, 2008.

⁴¹ Gudiño, 2012 y 2010.

⁴² Libro conmemorativo por el centenario de la Revolución Mexicana. Secretaría de Salud-Sanofi Aventis-CIESAS, 2010.

y producción filmográfica definidos para ellas. A partir de estos mecanismos de difusión podremos identificar el paulatino cambio en los mensajes audiovisuales transmitidos al espectador. En este punto, los promotores y realizadores de los cortometrajes fueron fundamentales, lo cual abre una importante y novedosa beta de investigación para identificar directores de cine mexicanos que colaboraron con la enorme empresa de educación higiénica destinada a promover la prevención de enfermedades controlables.

DEL PAPEL Y LA PANTALLA GRANDE

Las principales fuentes primarias de este libro son manuscritos y películas; ambas se complementaron y propiciaron un interesante ejercicio de análisis para conjuntar palabras con imágenes y reconstruir algunos aspectos del proceso cultural y social de las campañas de educación higiénica en México en la primera mitad del siglo xx. Los manuscritos revisados se encuentran en archivos de las ciudades de México y Washington.⁴³

El material filmográfico estadounidense proviene de la sección *Motion Pictures* de la Biblioteca del Congreso y de los National Archives and Records Administration (NARA) (College Park, DC).⁴⁴ La historia de estas películas se enriqueció con los informes de actividades que los representantes de la Oficina de Asuntos Interamericanos realizaron en América Latina y con los contratos elaborados entre Nelson Rockefeller y Walt Disney para el diseño y producción de las películas. Por su parte, las películas mexicanas incluidas aquí provienen del acervo filmográfico del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, sin clasificar hasta antes de la elaboración de este libro.

En el proceso de selección de fuentes se incluyó la información aportada por documentos oficiales que proceden del Departamento de Salubridad Pública, particularmente las *Memorias* de trabajo de los diferentes jefes en turno, que eran anuales e informaban de forma condensada las

⁴³ El listado completo de archivos consultados aparece al final de este libro.

⁴⁴ La copia de la película *The End of the Road* que conserva la Biblioteca del Congreso procede del Nederlands Filmmuseum Collection; es de 35 mm y son seis carretes que miden 5900 pies (1 798 m). Tiene una duración de 1.05 minutos. Está en blanco y negro, es silente y los cartones con texto están en alemán. La copia de los National Archives tiene cartones en inglés, lo cual indica que es la versión original que se envió a diferentes países y que se tradujo a varios idiomas. La revisión de ambas películas me permitió identificar que la copia en alemán fue editada porque, como veremos más adelante, el final varía entre una y otra.

actividades del Departamento y las secciones que lo conformaban.⁴⁵ También se revisó el *Boletín* mensual, órgano oficial de difusión y propaganda de la institución. Por último, la revisión de material hemerográfico fue importante para conocer el seguimiento que la prensa hizo de las campañas de salud y de la cartelera cinematográfica que aquí interesa.

¿Qué ruta metodológica elegir para el análisis de los expedientes y las películas? En primer lugar, la identificación del contexto sanitario bajo el cual se difundieron las películas, sin perder de vista que transitaban de manera paralela a las campañas de educación higiénica. Cada uno de los cortometrajes señalaba un aspecto particular al tiempo que abría un amplio espectro de consejos generales para la vida diaria. La aproximación a su contenido no sería completa sin el conocimiento general de la campaña en su conjunto. Por esta razón, definí el *modus operandi* de cada una de las campañas seleccionadas para entender cómo justificaron la proyección de los cortometrajes. Relativo a su contenido y discurso iconográfico, el punto de partida fue tomar como referente la siguiente representación establecida por la propaganda higiénica: hacer evidente el contraste entre la salud y la enfermedad. En este sentido, fue necesario identificar los elementos que contribuyeron a gestar un estereotipo del receptor, particularmente los campesinos, porque fueron ellos quienes inspiraron los cortometrajes de Walt Disney que aquí se analizan. Tomo como premisa la idea de que para imponer los consejos sanitarios hubo que estigmatizar a los individuos a partir de símbolos como su color de piel, vestimenta, entorno físico, habitación, disposición ante el trabajo y actitud hacia la enfermedad.

Por último, para intentar acercarme a la recepción de las películas entre el público que las vio, tomé como base los testimonios de médicos, sanitarios y maestros rurales que encabezaron las campañas sanitarias y tuvieron la responsabilidad de difundir la educación higiénica. Intenté conocer cómo se planeó, en primer lugar, la llegada de las brigadas de educación higiénica a los pueblos y comunidades y, en segundo lugar, cómo se planearon las funciones de cine y en qué espacios se llevaron a cabo.

Algunos médicos publicaron en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública (BDSP)* y en la *Gaceta Médica de México* su experiencia en la materia y casi todos coincidieron en afirmar que no concebían la eficiencia de las campañas de salud sin un adecuado programa de educación

⁴⁵ La colección más completa de *Memorias y Boletines* del DSP está en el Acervo Histórico del Instituto Nacional de Salud Pública, en la ciudad de Cuernavaca.

higiénica y propaganda. Otro punto de coincidencia entre estos autores fue cuestionar la utilidad de la propaganda sanitaria en el entorno de las comunidades rurales, caracterizadas por la pobreza de sus habitantes y la falta de educación. Para contrarrestar lo anterior, propusieron “construir” mentalidades capaces de recibir los mensaje de prevención, pero desafortunadamente evadieron el tema de las mejoras materiales y sanitarias que requería la población como aspecto fundamental para asegurar la difusión de la educación higiénica.⁴⁶

Entre estos médicos de época destaca Manuel González Rivera, quien entre 1930 y 1950 impartió la materia de educación higiénica en la Escuela de Salubridad de México. Consciente de la falta de un libro guía que recogiera la experiencia de los promotores sanitarios mexicanos, compiló sus apuntes de clase y editó, a finales de los años cuarenta, el libro *Educación higiénica*, cuya segunda edición apareció en 1952.⁴⁷

LOS CAPÍTULO

Este libro se conforma de cinco capítulos. En el primero, “Una mirada retrospectiva”, presento un panorama general del contexto histórico-sanitario de los 35 años durante los cuales se desarrolla la investigación, para destacar cinco aspectos del proceso de consolidación de la salud pública en el México revolucionario y posrevolucionario: 1) El escenario, en el Congreso Constituyente de 1917, bajo el cual se logró la federalización de los servicios de salud, promovida por el general José María Rodríguez como primer jefe del recién creado Departamento de Salubridad Pública; 2) la incursión de la Fundación Rockefeller en México, en 1921, y el modelo sanitario que implementaron primero con las campañas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis y, después, con las unidades sanitarias; 3) la im-

⁴⁶ Everardo Landa, “La acción educativa del dsp”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1085-1094; Cayetano Andrade, “La importancia de la propaganda higiénica”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1113-1115; Ruiz Montiel, “¿Es de resultados prácticos la propaganda higiénica?”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1116-1117; Alfonso Guerras, “Automóvil: exposición higiénica ambulante para educación popular”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1141-1146; Gustavo Uruchurtu, “La labor de la educación higiénica en México”, *BDSP*, núm. 2, 1943, pp. 309-330; Manuel González Rivera, “Procedimientos para impartir educación higiénica al público”, *BDSP*, núm. 2, 1943a, pp. 99-103, entre otros.

⁴⁷ González Rivera, 1952.

plementación de la Medicina Social y, como una consecuencia, entre otras, la atención de las comunidades rurales por medio del inicio del servicio social para los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; 4) el origen y desarrollo de la campaña Salud para las Américas como consecuencia de la política estadounidense de la buena vecindad para América Latina y en el marco de la Segunda Guerra Mundial, 5) la convocatoria internacional de la Organización Mundial de la Salud para erradicar internacionalmente el paludismo y la incorporación de México a esta determinación con la organización de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo en 1957.

En el segundo capítulo, “Educación Higiénica: instrumentos y actores”, la propuesta es entender el significado de la prevención de enfermedades desde la perspectiva de la educación higiénica como un elemento fundamental en el periodo de reorganización de los servicios sanitarios iniciado después de la fase armada de la Revolución de 1910. Para alcanzarla, explico la creación de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, en 1922, adscrita al Departamento de Salubridad Pública, como la instancia encargada de diseñar estrategias educativas para promover la prevención. Para lograr lo anterior, esta instancia organizó actividades de educación higiénica que incluyeron conferencias, programas de radio, exposiciones museográficas y funciones de cine; también diseñó carteles, folletos, hojas, volantes, etcétera. Estas actividades e instrumentos de educación higiénica se analizan en este capítulo y se reconoce que habrían tenido una mínima difusión de no haber sido por el trabajo de los *intermediarios sanitarios* que las promovieron, por lo que también incluyo el trabajo de médicos, sanitarios y maestros rurales a fin de destacar su papel como agentes educativos y su interacción con la población. Para entrar en materia filmográfica y analizar la primera película estadounidense de salud seleccionada, el capítulo tres, “Cine contra la sífilis”, presenta una introducción general sobre los antecedentes del cine en México para enfocarnos en el cine de salud y su uso en la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas de 1927. Rescato el planteamiento hecho por el doctor Bernardo Gastélum, de que aquella fuera una campaña persuasiva y no coercitiva, en la cual la exhibición de películas jugaría un papel fundamental como actividad educativa. La cartelera cinematográfica incluida en este capítulo está conformada por las películas estadounidenses *Al final del camino*, *Listos para vencer* y *El precio de un desliz*, cuya trama y principales argumentos analizo. Para adentrarnos en el caso mexicano retomo el largometraje *Reconquista*,

filmado en el marco de la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas promovida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1957. Este cortometraje de factura nacional, exhibido treinta años después que los estadounidenses, sirvió para comparar contenidos temáticos y filmográficos entre unos y otros. En el capítulo cuatro, “Salud para las Américas y Walt Disney”, expongo las decisiones en materia de salud tomadas por el gobierno estadounidense y la Oficina de Asuntos Interamericanos, en convenio con los representantes de los países latinoamericanos asistentes a la 3ª Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores de Latinoamérica (enero, 1942) y a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre, 1942). Lo anterior como base para la organización e inicio de la campaña Salud para las Américas, la cual fue instaurada en México a través del Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento. De esta campaña destaco los procesos de conformación, elaboración y revisión del programa cinematográfico encabezado por Walt Disney, que habría de difundirse entre los campesinos latinoamericanos. A partir de esto, recreo y analizo el contenido de nueve cortometrajes, seis de Walt Disney y tres de la dupla Jack Chertok-Herbert Knapp, así como los mecanismos para difundirlos entre la población.

El último capítulo de este libro es “A erradicar el paludismo. Una versión cinematográfica mexicana”, que está dedicado a analizar la organización y puesta en marcha de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, iniciada en México en 1957, los trabajos de propaganda y de educación higiénica para orientar a la población sobre los avances y logros de la campaña y la producción cinematográfica en torno de ella. A diferencia de las películas analizadas en los capítulos anteriores, las que aquí se incluyen se filmaron en México, por solicitud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y son resguardadas en la Filmoteca Nacional de la UNAM. *Guerra al paludismo, Cruzada heroica y Erradicación del Paludismo en México* sirven como una lente para analizar la propuesta filmográfica de las autoridades sanitarias mexicanas e identificar rupturas y continuidades en los mensajes de salud promovidos en las películas estadounidenses que las antecedieron. Para contextualizar los filmes mexicanos fue necesario identificar la tradición filmográfica, principalmente estadounidense, en las dos facetas del combate al paludismo: antilarvario y erradicación. Los cortometrajes mexicanos se inscriben en la segunda faceta.

I. UNA MIRADA RETROSPECTIVA

DURANTE LOS 35 años que se analizan en esta investigación, en México gobernaron desde el general Plutarco Elías Calles hasta el presidente Adolfo Ruiz Cortínez. En los años intermedios lo hicieron los generales Pascual Ortiz Rubio, Emilio Portes Gil, Abelardo L. Rodríguez, Lázaro Cárdenas y Manuel Ávila Camacho, así como Miguel Alemán, el primer presidente civil. Todos ellos afrontaron eventos internacionales y nacionales de trascendencia, como la crisis ocasionada por la depresión económica estadounidense de 1929, la Segunda Guerra Mundial y el inicio de la Guerra Fría. En el contexto nacional, la guerra cristera, la implantación de la educación socialista, las políticas agrarias, la expropiación petrolera, el paulatino crecimiento poblacional y el *boom* del desarrollo urbano e industrial de la Ciudad de México fueron sólo algunos de los eventos sociopolíticos.

Una forma para historiar periodos que bien pueden estar delimitados por sexenios presidenciales sería a través del análisis político, social o cultural de lo acontecido durante ellos; sin embargo, dado que los temas centrales de esta investigación son las campañas de salud y sus instrumentos de educación higiénica, acotamos los años de estudio con base en una aproximación histórica de la situación de la salud pública en el periodo definido. Las tendencias políticas de cada sexenio y sobre todo los lineamientos internacionales que regularon directa o indirectamente el desarrollo sanitario de México a lo largo de estos 35 años han sido tomados en cuenta porque afectaron el desarrollo de las campañas sanitarias seleccionadas para este libro. No pretendo reconstruir puntualmente cada uno de los acontecimientos sanitarios de este periodo; para tales efectos, contamos con la historiografía clásica producida por médicos, antropólogos e historiadores mencionados páginas atrás.

¿Cuál es entonces la finalidad de este capítulo? Exponer sucintamente cuatro momentos que incidieron en la conformación de las campañas de salud y delinearon sus programas de educación higiénica. El nuevo Estado en formación, en su intento por aumentar la legitimidad de su poder,

utilizó las campañas como un instrumento para combatir los efectos de las epidemias, ya que eran un problema que las autoridades sanitarias no podían eludir; además, se presentaron como una prueba de que el Estado estaba interesado en mejorar las condiciones de salud de la población civil; esto es, las campañas también servían para integrar a la población a las nuevas instituciones revolucionarias.¹ En este sentido, la institucionalización y la federalización de los servicios sanitarios, promovida por el médico José María Rodríguez² en el Congreso Constituyente de 1917, son el primer tema que se desarrollará. Según Alan Knight, la ideología del constitucionalismo fue propicia para las campañas de salud pública que destacaron en el conjunto de políticas destinadas a la educación y el combate al alcoholismo.³

Las iniciativas de Rodríguez consolidaron a la cabeza del proceso de federalización de la salud al gremio de los médicos, que aportaron su conocimiento y poder para establecer el camino que debía seguirse. Ernesto Aréchiga sostiene que Rodríguez pertenecía a “una profesión prestigiosa, apoyada en un saber cuyas bases científicas se rebelaban como indiscutibles ante los profanos”.⁴ En manos de los médicos estuvo la creación de las instancias correspondientes para poner en marcha la *cruzada sanitaria* posrevolucionaria, y ejemplo de ello fueron la Escuela de Salubridad y la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, creadas ambas en 1922. En la primera se formó un nuevo grupo de profesionales, los sanitaristas, que se posicionaron como los actores activos en el campo, trabajando directamente con la gente.⁵ En la segunda se diseñó y produjo la propa-

¹ Solórzano, 1997, p. 255.

² Cuando el general José María Rodríguez asistió a las sesiones de debates del Congreso Constituyente de 1917 era diputado por el tercer Distrito de Coahuila, médico particular y amigo personal de Venustiano Carranza. Encabezaba el Consejo General de Salubridad desde 1914 y, a los pocos meses de promulgada la Constitución de 1917, fue nombrado jefe del Departamento de Salubridad Pública. Además, estaba involucrado con la industria farmacéutica y química del país. Hacia noviembre de 1916 era dueño de una fábrica de productos químicos y su objetivo era “levantar la industria” nacional porque, consideraba, su “postración” era la causa de la desgracia y pobreza del país. Véase *Diario de los debates*, 30 de noviembre de 1916, p. 241.

³ Knight, 1996, p. 985.

⁴ Aréchiga, 2007, p. 62.

⁵ Soraya Almeida define a los sanitaristas como aquellos profesionales que, a diferencia de los médicos que se interesan por el bienestar del individuo, lo hacen por el de una comunidad completa. Es decir, se preocupan por la “salud colectiva” y reconocen en el trabajo

ganda sanitaria con la cual se completarían los programas de educación higiénica.

El segundo tema que aquí presento aborda de manera general un evento que es característico de la década de 1920 en varios países latinoamericanos, incluido México. Se trata de la presencia de la Fundación Rockefeller⁶ y el modelo de campaña permanente que emplearon sus médicos para combatir la fiebre amarilla en el estado de Veracruz y la uncinariasis en Oaxaca y Chiapas, a través del establecimiento de unidades sanitarias. Veremos que a la par de esto, un grupo de médicos mexicanos, encabezados por Miguel Bustamante,⁷ también participó en unidades sanitarias similares a las estadounidenses, que se constituyeron en el primer intento concreto por federalizar la salud. La educación higiénica fue una prioridad para las unidades formadas por los representantes de la Fundación y las del doctor Bustamante, donde se puso a prueba a los médicos encargados para

interdisciplinario la base para alcanzarla. Esta autora también destaca otra diferencia con los médicos: pueden ejercer desde sus consultorios particulares mientras que los sanitaristas están casi siempre vinculados a una organización de salud. Almeida Belisário, 1995, pp. 133-147.

⁶ La Fundación Rockefeller es una de las mayores y más antiguas agencias (de filantropía) dedicadas a la salud pública. Se formó el 14 de mayo de 1913 y estaba destinada a ser la más próspera de las empresas públicas de John D. Rockefeller. Desde 1901 se había formado el Instituto de Investigación Médica Rockefeller, cuyo propósito era investigar las causas de las enfermedades, más que tratarlas. A los dos años se estableció la General Education Board para promover la educación en Estados Unidos y en 1909 John D. Rockefeller planeó la organización de la Comisión Sanitaria Rockefeller para atacar la incidencia de uncinariasis que afectaba a las ciudades sureñas de aquel país. La historia pormenorizada de la Fundación Rockefeller se encuentra en la obra de Raymond Fosdick, quien fungió como su presidente a lo largo de 12 años. Véase Fosdick, 1952.

⁷ Miguel Bustamante (1898-1986), médico oaxaqueño, obtuvo su título de médico cirujano en 1925 y fue delegado sanitario en Ixtlahuaca, Estado de México. Fue becado por la Fundación Rockefeller para realizar estudios de epidemiología y salud pública en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad John Hopkins, donde se doctoró en Salud Pública. A su regreso a México colaboró intensamente con el Departamento de Salubridad Pública. Apoyó los proyectos de atención médica a las comunidades rurales cuando estuvo al frente de la Unidad Sanitaria de Veracruz (1929); fue director del Servicio de Higiene Rural; en 1931 fue jefe del Servicio contra las Enfermedades Transmisibles y, en 1932, jefe del Servicio de Sanidad Federal. Participó en el plan de salud del gobierno de Lázaro Cárdenas y se le reconoce como uno de sus proyectos más sobresalientes haber promovido y logrado la Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales, Estatales y Municipales como política de salud pública. Para más datos de su vida y obra, véase Carrillo, 2003a.

que emplearan un lenguaje accesible para una población mayoritariamente analfabeta. Desde 1921, el doctor Gabriel Malda,⁸ que dirigió el Departamento de Salubridad entre 1921 y 1923, había exhortado a los colaboradores del *Boletín* para que además de informar, con términos médicos, sobre los avances en el combate al paludismo, el tifo, la viruela, la fiebre amarilla y las enfermedades venéreas, promovieran los métodos de educación higiénica a través de dibujos que ofrecieran un mejor entendimiento.⁹ Estos antecedentes se vinculan con nuestro tema, en tanto el combate a la sífilis (1927) –tema del capítulo tres– fue una campaña nacional que fundamentó buena parte de su éxito en sus programas de educación higiénica.

El tercer tema aquí expuesto es la implementación de la medicina social en México, ampliamente discutida entre 1935 y 1940 por los médicos Alfonso Pruneda, Miguel Bustamante y Jesús Díaz Barriga, el médico-antrópologo Gonzalo Aguirre Beltrán y el antropólogo Miguel Othón de Mendizábal, sus principales promotores. La medicina social fue una corriente médica que apareció en Europa a mediados del siglo XIX y fue retomada en el periodo de entreguerras. El principal argumento de esta corriente fue reiterar la importancia de analizar las múltiples causas de las enfermedades colectivas; esto significaba analizar contextos ambientales, sociales y culturales, porque sólo así sería posible comprender las causas de la enfermedad y controlar, en la medida de lo posible, su propagación.¹⁰ Los médicos mexicanos que la promovieron sostuvieron que la enfermedad era un fenómeno colectivo derivado de procesos económicos, políticos, sociales y culturales, los cuales exigían una nueva forma de ejercer la medicina y más médicos titulados, porque el censo de 1930 establecía que el país contaba con 4767 para una población que superaba los 16 500 000 habitantes.¹¹ La mayoría de estos médicos se encontraban en las ciudades de México, Guadalajara, Puebla y Monterrey, dejando estados como Oaxaca, Chiapas

⁸ Gabriel Malda (1876-1953) estudió en la Escuela de Medicina (1895) y en la Práctico Médico-Militar (1896-1901). En 1920 fue nombrado por el general Álvaro Obregón jefe del Departamento de Salubridad Pública. En ese cargo, dedicó parte de las campañas de salud a combatir la peste bubónica en Veracruz y Tampico. En 1923 representó a México en Congresos de Venerología e Higiene y Protección a la Infancia.

⁹ *BDSP*, enero-junio 1921, p. 1.

¹⁰ Cueto, 2001, p. 43.

¹¹ Ponencia presentada por el doctor Aguirre Beltrán, “La población de la República y los médicos rurales”, en el primer congreso médico quirúrgico del estado de Morelos (1946). Véase *La Escuela Superior de Medicina Rural*, 1946, pp. 37-43.

y Tlaxcala con presencia casi inexistente.¹² Para lograr lo anterior se requería del trabajo interdisciplinario con especialistas de otras disciplinas, como biólogos, enfermeras, agrónomos, maestros rurales y antropólogos. Parte fundamental de la implementación de la medicina social en México fueron los resultados de los Congresos de Higiene Rural que se llevaron a cabo en Morelia, Michoacán y San Luis Potosí, en 1935 y 1938, respectivamente; también lo fue reconocer la insuficiente atención médica en las comunidades rurales del país, lo que motivó la puesta en marcha, en 1936, del servicio social obligatorio para los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el terreno de la educación higiénica fue necesario diseñar propaganda sanitaria para campesinos, en cuya difusión participaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Educación Pública. Ambas dependencias manejaron un discurso de renovación, sustentado en la idea de que un pueblo sano equivalía a una suma de individuos fuertes y vigorosos y, por lo tanto, capaces de contribuir a la reconstrucción y desarrollo nacionales. Esto forzó a promover acciones mediante las cuales se buscó reemplazar las prácticas médicas tradicionales de las comunidades campesinas para dar entrada a la medicina científica, encabezada por la presencia de pasantes de medicina.

Finalmente, el cuarto tema que se trata en este capítulo incluye parte del contexto internacional y de la política sanitaria que México acató desde 1942 hasta 1960, en medio de dos acontecimientos políticos trascendentales: la Segunda Guerra Mundial y la Guerra Fría. El primero de ellos fue la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, efectuada en septiembre de 1942, en Río de Janeiro, donde se discutió sobre la defensa continental y la salud pública. A partir de ese encuentro, Estados Unidos, por intermediación de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, encabezada por Nelson Rockefeller, implementó la campaña Salud para las Américas y con esto rigió el desarrollo sanitario de los países latinoamericanos. Esta Oficina diseñó programas de educación higiénica basados en el uso del cine y dirigidos a los campesinos de Latinoamérica. Como veremos en el capítulo cuatro, las representaciones cinematográficas de estos personajes se asocian al campesino “ideal” que el Estado posrevolucionario mexicano buscaba *construir* desde la década de 1920.¹³ En plena Guerra Fría, la erradicación

¹² Agostoni, 2013, p. 763.

¹³ Guillermo Palacios es quien propone que el proceso de *construcción* de un nuevo paradigma de lo que debería ser el campesino posrevolucionario formó parte de la política

de la malaria fue uno de los temas de la agenda sanitaria internacional, y en México la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, iniciada en 1957 –tema del capítulo cinco–, fue la que adoptó los lineamientos internacionales en la materia. Sobre su propaganda sanitaria, lo que interesa adelantar en este capítulo es que tuvo la impronta del contexto bélico que la enmarcó.¹⁴

ANTECEDENTES

Entre 1903 y 1910 el Consejo Superior de Salubridad¹⁵ realizó importantes campañas para combatir la fiebre amarilla, la malaria (1903), la tuberculosis (1907) y las enfermedades venéreas (1908).¹⁶ A pesar de este esfuerzo, la situación sanitaria del país tuvo un fuerte revés debido a las secuelas dejadas por el movimiento armado de 1910. En palabras de Alan Knight, “brotaron epidemias en magnitud no vista durante generaciones”.¹⁷ En 1915, año marcado por el desabasto de alimentos y las epidemias, hubo un recrudecimiento de enfermedades que afectaron a la población; los problemas de higiene pública se agravaron y era evidente que la salud pública estaba amenazada y que los problemas que se presentaban en las ciudades se acrecentaban en las zonas rurales. Las enfermedades que asolaban al país fueron causa y consecuencia también de la redistribución de la población, porque la gente que migraba de regiones pobres e insalubres en busca de

cultural implementada a partir de 1920 por los gobiernos de la Revolución. Véase Palacios, 1999, pp. 103-109.

¹⁴ En materia sanitaria, otros acontecimientos importantes de las décadas de 1940 y 1950 en México fueron la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943) y la construcción de hospitales en la Ciudad de México. Ambos temas, de gran trascendencia política, social, cultural y médica, rebasan los intereses de este libro.

¹⁵ El 4 de enero de 1841, el gobierno de la República, encabezado por el presidente interino Antonio López de Santa Anna, dispuso la creación de un Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. En caso de epidemia, debía convocar a los miembros honorarios para deliberar sobre las medidas para combatirla y, por último, formar el Código Sanitario. Las facultades del Consejo se restringían a la capital de la República.

¹⁶ Para un seguimiento detallado de las campañas sanitarias del porfiriato, véase Carrillo, 1995: “¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California 1902-1903”; Carrillo, 1999: “Los difíciles caminos de la Campaña Antivariolosa en México”; Carrillo, 2001: “Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México”, entre otros.

¹⁷ Knight, 1996, vol. II, p. 981.

mejores condiciones de vida traía consigo la enfermedad o era vulnerable al contagio. Quizá la epidemia más alarmante, ocasionada por la escasez de comida y la guerra, fue la de tifo, que atacó principalmente a la Ciudad de México.¹⁸ Le correspondió al general José María Rodríguez, nombrado jefe del Consejo General de Salubridad por Venustiano Carranza, en 1914, enfrentar la epidemia. Esta campaña puso en evidencia dos aspectos: las insalubres condiciones de vida de buena parte de los habitantes de la Ciudad de México y la insuficiencia de médicos para atender la epidemia.

A la realidad en las calles se sumaba la opinión de funcionarios como la del ingeniero Alberto J. Pani, quien, a petición del general Venustiano Carranza, realizó en 1916 un balance sanitario que tituló *La higiene en México*.¹⁹ En palabras de Pani, con su trabajo trataba de: “Exponer las causas determinantes del atraso vergonzoso en que nos encontramos, como país civilizado, por la insignificante protección que nuestras autoridades han impartido siempre a la vida humana. Tales son, en pocas palabras, los fines que persigue el presente estudio”.²⁰

Después de realizada su investigación, planteó que la Ciudad de México había concentrado la atención de las autoridades sanitarias porfirianas; pese a esto, afirmaba que también era la más insalubre del mundo. Para reforzar su argumento comparó la cifra relativa de mortalidad capitalina, sus condiciones sociales y económicas, con lo que sucedía en otras ciudades del mundo.²¹ Además de los índices de mortalidad, Pani tomó en cuenta los factores naturales, económicos y sociales que a su juicio constituían las principales causas de deterioro de las condiciones sanitarias de los mexicanos.²² Opinaba

¹⁸ Otros estados de la Federación tampoco estuvieron a salvo de la epidemia. Para información al respecto se puede revisar el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* de 1917, en el cual se detallan los trabajos realizados en las ciudades de Guanajuato y Durango; véase *Boletín DSP*, núms. 1, 2, 3 y 4, 1917.

¹⁹ La experiencia de Pani al frente de la Dirección General de Obras Públicas del Distrito Federal, durante la presidencia de Francisco I. Madero y posteriormente en el gobierno de Carranza, lo llevó a asumir la responsabilidad de “cuantificar las múltiples fuentes de insalubridad urbana para poder proponer los medios para cegar esas fuentes, posibilitar que la población se vigorice y crezca, y el progreso nacional se acelere”. Véase Pani, 1916, p. 10.

²⁰ Pani, 1916, p. 10.

²¹ Las comparaciones las hace con base en estadísticas de las ciudades de São Paulo, Brasil; las europeas de Barcelona, Birmingham y Kiev; las asiáticas de Kioto y Hyderabad, y las australianas de Sydney y Melbourne.

²² Las dividió en características físicas (temperatura, humedad, lluvias, vientos, constitución geológica y topografía) y en factores sociales (alimentación y vivienda).

que identificando estos elementos sería más fácil mejorar las condiciones de vida de los capitalinos y planteó tres recomendaciones: 1) federalizar el servicio de salud pública mediante la creación de un ministerio especial que asumiera la responsabilidad de vigilar y hacer cumplir las leyes y reglamentos de protección a la salud pública nacional; 2) decretar la “salubridad obligatoria”, comprometiendo así al gobierno federal a que asumiera la responsabilidad, y 3) elevar el nivel moral, intelectual y económico de las clases populares a través de la educación. Al respecto, Pani destacó que era necesario integrar la educación higiénica en cualquier programa de estudio, porque “el problema verdadero de México, consiste, pues, en higienizar física y moralmente a la población y en procurar, por todos los medios, una mejoría en la precaria situación económica de nuestro proletariado”.²³ En suma, con *La higiene en México* su autor lanzó una primera propuesta para federalizar los servicios de salud a través de un Ministerio de Salubridad, que buscaba alcance y representación nacional. El intento de Eduardo Liceaga y sus colaboradores por convertir al Consejo Superior de Salubridad en la institución centralizadora de las políticas de salubridad fue una meta cumplida años más tarde por el régimen revolucionario.²⁴ El nuevo grupo en el poder buscaba, al igual que sus antecesores porfirianos, convertir a México en una nación “civilizada, moderna y progresista”. En el Congreso Constituyente de 1917 se discutió ampliamente sobre las medidas que habrían de tomarse para alcanzar tales propósitos.

DESDE EL CONGRESO CONSTITUYENTE

El general José María Rodríguez formaba parte del grupo de 16 médicos que participaron en el Congreso Constituyente de 1917.²⁵ En la sesión del 19 de enero de ese año expuso los tres puntos centrales de su propuesta de adición a la fracción XVI del artículo 73 constitucional: 1) el Consejo General de Salubridad pasaría a depender directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serían de observancia obligatoria en el país; 2) en caso

²³ Pani, 1916, p. 191.

²⁴ Aréchiga, 2007, p. 60.

²⁵ Sobre el número de médicos que asistieron al Congreso y un perfil general de los asistentes, véase Knight, 1996, vol. II, pp. 1028-1032, y Bohórquez, 1938, pp. 194-195.

de que apareciese alguna epidemia grave en el país, el Consejo tendría la obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas necesarias, y 3) se implantaría una “dictadura sanitaria” de carácter ejecutivo, cuyas disposiciones debían acatar las autoridades administrativas del país. Rodríguez afirmaba que la “dictadura sanitaria” era una práctica que se realizaba “en todos los países civilizados del mundo”. Quienes la ejercían en México eran autoridades administrativas que podían castigar a quienes faltaran al Código Sanitario. Sin embargo, lo hacían con “castigos sumamente insignificantes y casi ridículos, si se comparan con los castigos que estas mismas autoridades aplican en todos los países civilizados del mundo”.²⁶ Para hacer efectiva la instauración de la “dictadura sanitaria” se necesitaba que los puntos dos y tres estuviesen resueltos y que se agilizaran los engorrosos trámites administrativos provocados por la participación de diferentes autoridades en la toma de decisiones. Con esta referencia, Rodríguez terminó su presentación, no sin antes afirmar que estaba seguro de que estas iniciativas estaban encaminadas a beneficiar a los mexicanos, a cuidar su salud y a mejorar la raza. Concluyó su exposición hacia la siguiente afirmación: “toda persona que quiere a su patria, toda persona que desee el adelanto, el progreso de sus connacionales, tendrá la obligación de aceptar estas proposiciones o algunas semejantes, pues de otra manera no hubiera venido ninguno de los señores diputados a este Congreso”.²⁷

Después de la intervención de Rodríguez tomó la palabra el doctor Miguel Alonzo Romero, quien reforzó lo expuesto por su antecesor y confirmó al auditorio que la iniciativa se proponía en el momento oportuno, porque consideraba que la salubridad pública era un “mito” en el país. Alonzo aprovechó para denunciar las pésimas condiciones de higiene que prevalecían en la mayoría de las ciudades mexicanas.²⁸ Por su parte, el diputado Pastrana Jaimes, representante del estado de Guerrero, criticó los puntos 2 y 3 de las adiciones, es decir, aquéllos que otorgaban autoridad al Consejo General de Salubridad para tomar decisiones antes de consultarlas

²⁶ *Diario de los debates*, 19 enero, 1917, 50ª sesión ordinaria.

²⁷ *Diario de los debates*, 19 enero, 1917, 50ª sesión ordinaria.

²⁸ Era diputado representante y presidente de la Junta de Sanidad de Mérida y, según él, el estado de Yucatán era, después de Estados Unidos y La Habana, el más adelantado en cuestión de higiene. Reconoció que no exponía el caso de Yucatán para darse un “autobombo”, sino para demostrar que no eran localistas y que aceptaban la intervención del Ejecutivo en materia de salubridad. Véase *Diario de los debates*, 19 enero, 1917, 50ª sesión ordinaria.

con el Ejecutivo, y el que planteaba que la “dictadura sanitaria” ejecutiva debía ser acatada por las autoridades administrativas de los estados. Pastrana consideraba que constituir una dependencia con más atribuciones que un ministerio era absurdo, ya que no era lógico que primero se tomaran las decisiones y después se consultaran con el Ejecutivo. Le preocupaba que de aceptarse íntegros estos puntos, la soberanía de los estados podría verse afectada en cualquier momento, porque, decía, “basta un oficio de ese Departamento para que cualquier inspector de sanidad vaya a los estados a hacer lo que quiera con los gobiernos locales (voces: ¡No! ¡No!)”. Posteriormente, propuso que la segunda comisión revisara estos puntos y orientara a los diputados sobre sus implicaciones legales y administrativas. No se trataba pues de oponerse al proyecto general de Rodríguez, sino de pedir especificaciones sobre estos aspectos.²⁹

José María Rodríguez reaccionó molesto ante la protesta de Pastrana Jaimes. En principio, comentó que le parecía inconcebible que hubiera en la asamblea quien se opusiera a que le llevaran la salud a su casa. Acusó a Pastrana de no querer a su país ni a su raza y al confirmar que el susodicho venía de Guerrero, “donde acaso no se conoce la medicina”, puso en entredicho la “civilidad” de los guerrerenses en materia de higiene y salubridad.³⁰ Para explicar que no se invadía la soberanía de los estados, Rodríguez puso nuevamente en la mesa de discusión los casos de varios estados atacados por alguna epidemia, cuyas nefastas consecuencias para la población se habían recrudecido porque el Consejo de Salubridad seguía actuando bajo las trabas administrativas a las que se había referido y que quería suprimir. Ya que había tomado nuevamente la palabra, aprovechó para hacer hincapié en dos temas que no había tratado: la concentración del presupuesto de salubridad para la capital del país y la falta de médicos instruidos para tomar medidas sanitarias adecuadas y oportunas. En relación con el primero, preguntó por qué motivo en la Ciudad de México se gastaba todo el dinero, “de seis millones a siete millones de pesos anuales, mensuales, para aliviar las miserias de México”, y recriminaba el hecho de que en provincia no se gastaba ni siquiera lo necesario pues “a iguales beneficios se tiene derecho en todos los rincones de la República”. Res-

²⁹ La petición de Pastrana fue secundada por el diputado Eliseo Céspedes, quien también opinó que se otorgaban demasiadas facultades al Departamento de Salubridad, *Diario de los debates*, pp. 473-474.

³⁰ El intercambio de opiniones y comentarios ofensivos entre uno y otro están detallados en Bohórquez (1938).

pecto del segundo afirmó que solamente el Consejo de Salubridad tenía la capacidad, y obligación, de enviar a médicos capacitados al resto de la República; por lo tanto, su propuesta de “dictadura sanitaria” más que afectar la soberanía de los estados, pretendía hacer eficiente la administración de los servicios de salubridad, fomentar el trabajo en equipo y preparar al personal que se requería.³¹ Al final de la alocución de Rodríguez, 143 diputados votaron a favor de su iniciativa y solamente los diputados Fajardo, Palma y Pastrana Jaimes, quienes fueron los únicos que hicieron público su desacuerdo, votaron en contra. La propuesta de Rodríguez se ajustaba al discurso nacionalista que anhelaba un México civilizado, que encontraba en el campo de la salubridad una posibilidad para reforzar la postura del gobierno federal como promotor de la reconstrucción nacional. Finalmente, las adiciones se diseñaron como parte de una política de salud que reconoció en la federalización la posibilidad de extender los servicios sanitarios a todo el país.

Ernesto Aréchiga sostiene que las políticas en salud pública adoptadas a partir de 1917 mantuvieron cierta continuidad con las políticas sanitarias impulsadas desde, por lo menos, el último cuarto del siglo XIX. Este autor se refiere a los congresos médicos de 1876 y 1878, y al primer Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, en los cuales se discutió favorablemente sobre la necesidad de “concentrar bajo un mando único y federal las políticas de salubridad pública e higiene colectiva”, ya que habían estado bajo el control de autoridades locales o estatales que no siempre unificaron esfuerzos ni presupuestos para combatir las enfermedades o sanear las ciudades.³² Por esto, la propuesta de federalizar los servicios sanitarios y llevarla a cabo fue quizá la característica más importante que diferenció lo logrado por el Consejo Superior de Salubridad con lo iniciado por los médicos revolucionarios. La institución que favoreció la federalización fue el Departamento de Salubridad Pública que, después de 1917, se constituyó en la instancia nacional reguladora de la salud. En un principio lo hizo bajo los lineamientos establecidos en el *Código Sanitario* de 1902, vigente en ese momento.

³¹ *Diario de los debates*, p. 258.

³² Aréchiga, 2007, p. 59.

ANDAMIAJE INSTITUCIONAL

El 2 de mayo de 1917, el presidente Venustiano Carranza nombró a José María Rodríguez jefe del recién creado Departamento de Salubridad Pública (DSP), cargo que ocupó hasta el 11 de mayo de 1920. Durante su gestión, Rodríguez combatió el tifo, la viruela y la meningitis cerebroespinal que afectaban a la población nacional, particularmente en la Ciudad de México y el estado de Morelos; también impulsó los servicios sanitarios en los estados y el diseño de programas escolares y estrategias de propaganda que instruyeran a la población con conocimientos básicos de higiene y prevención de enfermedades, y organizó así la primera etapa de actividades encabezadas formalmente por el recién creado Departamento. Cuando Rodríguez dejó el cargo, lo ocupó el doctor Gabriel Malda, cuya administración (1920-1924) dio continuidad a las campañas iniciadas por su antecesor contra la viruela, el tifo y el paludismo, pero esta vez con mayor atención en el estado de Chiapas. Además, negoció con la Fundación Rockefeller para que pusiera en marcha las campañas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis. En este periodo, la Fundación se instaló en México aunque las campañas alcanzaron su pleno desarrollo algunos años después. Otra tarea de Malda fue promover la educación higiénica. Las autoridades sanitarias argumentaban, a inicios de la década de los veinte, que la supuesta incapacidad intelectual de la población para comprender los riesgos de la insalubridad y la enfermedad, así como los beneficios que traería consigo cumplir las recomendaciones sanitarias que el Estado les ofrecía, era una tarea que debía atenderse. Para eso, fue fundamental el diseño de programas de educación higiénica que involucraran a la población con el trabajo encabezado por la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, creada en 1922, y cuyas funciones expondremos con detalle en el capítulo tres.

El sucesor de Malda fue el doctor Bernardo Gastélum, quien al asumir el cargo criticó la institución que había recibido, pues afirmaba se trataba de una oficina sin tradición burocrática, con un presupuesto miserable y con una estructura defectuosa, sin el material humano o técnico necesario para realizar el trabajo sanitario del país:³³

³³ Gastélum, 1925, p. II.

Al promulgarse la Constitución de 1917, de ipso-facto empezó teóricamente a funcionar el DSP; pero debido al tiempo necesario, requerido por las circunstancias para que el gobierno pudiera consolidarse y a las cantidades insuficientes con las que se le dotó para desarrollar la inmensa labor de la nueva legislación, no le fue posible sino hasta 1925 iniciar una gestión verdaderamente eficaz.³⁴

El diagnóstico poco optimista de Gastélum lo llevó a redactar el primer reglamento interno para el Departamento. En este documento se estableció que eran necesarias diferentes secciones administrativas, con tareas específicas, para cumplir las obligaciones sanitarias del Departamento. Para tales efectos se crearon la Sección Jurídica, encabezada por Narciso Bassols,³⁵ que tuvo a su cargo la redacción de leyes y reglamentos internos para la institución; la Sección de Enfermedades Transmisibles, destinada a controlar su propagación y dar seguimiento a los brotes epidémicos; la Sección de Enfermedades Tropicales, cuya atención estaría dirigida particularmente a combatir el paludismo y la uncinariasis, y la Sección de Ingeniería Sanitaria, que tenía a su cargo realizar trabajos de infraestructura sanitaria. En el ramo de Educación y Propaganda se oficializaron la Escuela de Salubridad y la Sección de Propaganda y Educación Higiénica. El apartado xv del reglamento asentaba que a esta sección le correspondía la formación y capacitación de oficiales de salubridad que llevaran a cabo los servicios sanitarios y lo relativo a la difusión de propaganda sanitaria y de higiene. También se nombraron delegados sanitarios tanto en los estados como en las poblaciones fronterizas y se precisaron cuáles serían sus facultades y atribuciones.³⁶ Tuviron su propio reglamento, que propuso el trabajo colectivo entre los delegados y las autoridades locales, donde a los primeros correspondía

³⁴ Valdés, 1930, p. 1392.

³⁵ Bajo su supervisión se elaboraron una serie de reglamentos que habrían de redefinir las acciones del DSP, así como la revisión al Código Sanitario. También fue nombrado como representante del DSP para asistir, en mayo de 1925, a un congreso celebrado en El Paso, Texas. En ese mismo año, Carlos Riva Palacio, recién electo gobernador del Estado de México, le ofreció la Secretaría General de su gobierno, por lo que Bassols pidió licencia al DSP para dejar su cargo. Véase el expediente personal de Narciso Bassols, AHSS, SP, EP, caja 7, exp. 28, y Bassols, 1960, p. 5.

³⁶ Como veremos más adelante, el título segundo del Código Sanitario de 1926 oficializó la creación de delegaciones federales de salubridad en los estados que carecieran de ellas.

poner en marcha las campañas que fueran necesarias para atacar enfermedades infectocontagiosas o epidémicas sujetándose a las instrucciones especiales que recibieran del Departamento.³⁷

Cuando estuvieron reglamentadas las actividades de los delegados y las nuevas dependencias del Departamento fue cuestionado el Código Sanitario de 1902. Su revisión la propuso Gastélum, en 1925, pues, decía, no respondía a las demandas nacionales ni a las actividades del Departamento en ese momento; por eso, solicitó a la Sección de Servicios Jurídicos del DSP su reformulación para darle la amplitud federal que las necesidades sanitarias de la época reclamaban.³⁸

¿Cómo hacer caber dentro del raquítrico molde del Código Sanitario de 1902, fruto de una anquilosada administración, ajeno a las inquietudes sociales de la vida moderna y sistematizado dentro del orbe de las doctrinas individualistas engendradas bajo el imperio del liberalismo clásico, las soluciones generales de las actitudes y de los problemas de hoy?³⁹

Para actualizarlo, solicitaron a los delegados sanitarios que radicaban fuera de la capital enviaran sus informes y recomendaciones. Gastélum afirmaba categórico que la salubridad se había limitado a la Ciudad de México y él se proponía llevarla a toda la República.⁴⁰ ¿Qué reformas necesitaba el código de 1902?, ¿cuáles eran las necesidades colectivas en materia de salubridad?, ¿cómo debían organizarse los servicios de salud para

³⁷ “Reglamento para Delegados del Departamento de Salubridad Pública”, publicado en el *BDSP*, núm. 1, 1925, pp. 201-204. Bajo este esquema administrativo, el Departamento de Salubridad Pública funcionó hasta 1937, cuando el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia Pública, que concentraría los servicios asistenciales a la población para dejar al Departamento de Salubridad Pública lo relativo a la protección sanitaria. En 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho decretó la fusión de ambas dependencias para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que tuvo como primer director al doctor Gustavo Baz.

³⁸ Para esto se nombró una comisión encabezada por Antonio Ramos Pedruza, abogado consultor del DSP, y conformada por Luis Ángel Malda, Enrique Monterrubio y Miguel Ángel de Quevedo, quienes trabajaron en el proyecto del nuevo código sanitario en materia de legislación e ingeniería hidráulica. Véase “Proyecto del Código Sanitario, 1922-1926”, AHSS, fondo SP, sección Servicio Jurídico, caja 3, exp. 4, fs. 66-85. Los dos primeros eran abogados en la Sección Jurídica del DSP; el tercero era profesor de ingeniería sanitaria en la Escuela de Salubridad.

³⁹ Gastélum, 1925, pp. 3-6.

⁴⁰ Gastélum, 1976, p. 3.

hacerlos extensivos a todos los mexicanos? La primera determinación fue la creación de Servicios de Sanidad Federal o Delegaciones Sanitarias en los estados. Su instalación suponía el inicio del trabajo colectivo, ya propuesto por Rodríguez, del cual participarían las instancias federales y locales; sin embargo, se aclaró desde el principio que las delegaciones no absorberían todos los problemas relacionados con la salubridad; más bien debían cuidar que se cumpliera lo dispuesto en el código sanitario vigente, y dejar a los gobiernos de los estados la libertad para resolver sus problemas sanitarios; es decir, sin invadir su soberanía.⁴¹

FUNDACIÓN ROCKEFELLER Y UNIDADES SANITARIAS

Cuando se inició el proceso de reforma del código sanitario, los representantes de la Fundación Rockefeller ya estaban en México trabajando contra la fiebre amarilla y la uncinariasis.⁴² Su interés por combatir ambas enfermedades en los países americanos, donde era endémica, respondió, a decir de Marcos Cueto, a tres factores: primero, el temor de los estadounidenses de que los puertos de América del Sur reinfectasen de fiebre amarilla el sur de su país; segundo, que el Canal de Panamá, inaugurado en 1914, llevase la fiebre desde el Caribe a Asia tropical, que estaba libre de la enfermedad; por último, los representantes de la Rockefeller buscaban triunfar científicamente en el ramo de la medicina y salud pública, y expandirse por América Latina.⁴³ La llegada de los representantes de la Fundación a combatir la fiebre amarilla y la uncinariasis provocó la inconformidad de algunos

⁴¹ *Memorias del Departamento de Salubridad Pública* (en adelante, *MDSP*), 1925-1928, p. 77.

⁴² Los antecedentes de la llegada de la Fundación Rockefeller a territorio nacional se ubican en el terreno de lo político y se remontan a 1916 cuando, en represalia por la incursión de Francisco Villa al pueblo de Columbus, Nuevo México, el gobierno estadounidense envió una fuerte "columna punitiva" para combatirlo, que permaneció en México de abril de 1916 a febrero de 1917; dicho acontecimiento explica, en parte, la constante negativa de Venustiano Carranza a aceptar las propuestas de colaboración que la Fundación ofrecía en el terreno de la salud. Armando Solórzano afirma que la ideología nacionalista promovida por Carranza también sirvió de freno a la expansión capitalista y a las intenciones de la Rockefeller por mantener el control de las minas y pozos petroleros que se encontraban en los estados y regiones controlados por Carranza. Para ver con detalle la participación de la Fundación Rockefeller en México, véase Solórzano, 1997, y Birn, 1993.

⁴³ Cueto, 1997, p. 63.

médicos mexicanos, quienes manifestaron que la fiebre amarilla no era una causa extrema de mortandad entre la población. Con base en sus experiencias en Tapachula, Chiapas, y Mérida, Yucatán, los doctores Valenzuela y Gochicoa demostraron, con números, que la enfermedad que predominaba en aquellas regiones era el paludismo y no la fiebre amarilla.⁴⁴ En Mérida, la epidemia de 1917 había ocasionado, según Gochicoa, solamente 29 defunciones, y en puertos del Pacífico no se había registrado ningún caso de fiebre amarilla en los últimos 15 años; por ello, concluyó lo siguiente:

¿Qué queda de la afirmación vulgar común y corriente de que la fiebre amarilla es una de las enfermedades que más estragos causan en nuestras regiones tropicales?, muy al contrario, demuestra concluyentemente que la fiebre amarilla ha desaparecido casi por completo del territorio de la República Mexicana.⁴⁵

De nada sirvieron los comentarios de estos médicos. La Fundación buscaba expandirse en América Latina y, en enero de 1921, se firmó un convenio con el presidente Álvaro Obregón para crear la Comisión Especial para la Campaña contra la Fiebre Amarilla,⁴⁶ que se asentó en el puerto de Veracruz y estuvo encabezada por el médico estadounidense Teodoro C. Lyster; en la subdirección se nombró al médico mexicano Ángel Brioso Vasconcelos.⁴⁷ El convenio estipuló, en los ocho artículos que lo conforman, que la responsabilidad de la Comisión era combatir la enfermedad por cuanto medio fuera posible, con la finalidad de lograr su completa extinción del país. Este convenio fue completado con una serie de diez disposiciones para que fueran implementadas en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán, donde se iniciaron los trabajos de la Comisión. La Comisión y el Departamento de Salubridad Pública trabajaron en equipo, se comunicaban decisiones e intercambiaban información que el Departamento recibía de las autoridades sanitarias locales. Los miembros de la Comisión disfrutaron de franquicia telegráfica, telefóni-

⁴⁴ BCSS, núm. 9, septiembre 1917, pp. 277-281.

⁴⁵ BDSF, núm. 2, 1919, p. 42.

⁴⁶ Álvaro Obregón, Informe Presidencial, 1º de septiembre de 1921, en *México a través de los informes presidenciales*, p. 93.

⁴⁷ “Acuerdo del C. Presidente de los EUA por el que se crea la Comisión Especial para Campaña contra Fiebre Amarilla”, 19 de enero de 1921. Véase AHSSA, SP, Epidemiología, caja 17, exp. 10.

ca y postal, además de pasajes en ferrocarril proporcionados por el gobierno mexicano.⁴⁸

A partir de enero de 1927 se establecieron las delegaciones en el país, tomando en cuenta no tanto la división política sino las necesidades de las regiones; esto explica por qué no siempre se ubicaron en la capital de los estados. Su trabajo, entre otras cosas, fue el de identificar casos de enfermos infectocontagiosos y colaborar con las brigadas sanitarias cuando surgía algún brote epidémico.⁴⁹ Para el segundo semestre de 1928, Gastélum informaba que se habían instalado varias delegaciones en diferentes estados de la República.⁵⁰ Con su establecimiento se alcanzaba la propuesta de hacer extensiva la representación del Departamento de Salubridad en todo el país y se involucraba más directamente a las autoridades federales, estatales y municipales con la finalidad de asegurar servicios sanitarios con una mayor capacidad operativa de alcance y permanencia.

Después de la promoción de estas delegaciones, Gastélum convocó a los gobernadores de los estados a participar con fondos económicos y medicamentos para la creación de servicios de salud que llamó Unidades Sanitarias Municipales; también les propuso iniciar un programa de propaganda y difusión para dar a conocer las características de sus servicios.⁵¹ A decir de Miguel Bustamante, muchas “juntas” o “unidades sanitarias mu-

⁴⁸ “Creación por acuerdo del C. Presidente Constitucional Álvaro Obregón, y a propuesta del departamento de Salubridad Pública, de la Comisión Especial para la campaña contra la fiebre amarilla”, *BDSP*, núms. 1-6, 1921, pp. 147-149.

⁴⁹ Valdés, 1930, p. 1386. Las descripciones de la época nos presentan unas delegaciones dotadas de todos los servicios necesarios para dar atención profesional; contaban con dispensarios venéreo-sifilíticos, de puericultura, de maternidad; se afirmaba que las establecidas en las zonas tropicales contaban con un consultorio de enfermedades tropicales y con las condiciones materiales y de personal suficientes para atender a la población. Para promocionarlas, las conformaban un delegado jefe de la oficina, un médico bacteriólogo y su ayudante, un inspector farmacéutico, una enfermera, un mecanógrafo, cinco inspectores sanitarios viajeros, un conserje y un mozo. El doctor Bernardo Gastélum, en las *Memorias* de trabajo realizadas bajo su gestión, describe con mayor detalle las delegaciones sanitarias; véase *MDSP*, 1925-1928.

⁵⁰ Código Sanitario, 1926, título segundo, artículos 92 a 102. Para 1928 se tienen registradas delegaciones en las siguientes capitales: Aguascalientes, Campeche, Colima, Cozumel, Ciudad Victoria, Cuernavaca, Culiacán, Chihuahua, Durango, Guadalajara, Hermosillo, León, Mexicali, La Paz, Morelia, Monterrey, Mérida, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tepic, Toluca, Tuxtla Gutiérrez, entre otras; véase *MDSP*, 1925-1928, tomo 1, pp. 77-81.

⁵¹ “Juntas para estudio de la formación de las Unidades Sanitarias”, Circular 512, f. 1, AHSSA, SP, SJ, caja 13, exp. 1.

nicipales” se formaron, pero no hubo fondos económicos suficientes para mantenerlas y fracasaron por falta de dinero y autoridad. Frente a la dificultad económica para sostenerlas, se buscó la cooperación con los estados y en esta ocasión intervino la Fundación Rockefeller. Su representante en México era el doctor Henry P. Carr, quien aceptó apoyar económicamente y propuso establecer un modelo sanitario de carácter permanente que llamó Unidades Sanitarias Cooperativas, porque después de ocho años en el país opinaba que el trabajo de las brigadas sanitarias era incompleto, ya que su presencia en las comunidades era temporal y, por eso, cuando terminaban su trabajo, era difícil que los habitantes de la comunidad le dieran continuidad. Por esta razón propuso las Unidades, que llevaron a cabo programas preventivos, como la construcción de letrinas y la educación higiénica. La base política y económica de dichas unidades dependería de las aportaciones económicas de la Fundación, del gobierno federal a través del Departamento de Salubridad Pública, del gobierno del estado donde se estableciera la Unidad y de la colaboración municipal.⁵² Finalmente, el Departamento aceptó las condiciones de la Fundación: sobre la base de 10% con que ésta apoyaba, el gobierno mexicano debía contribuir económicamente para formar y mantener las Unidades; además, la Fundación especificaba los servicios que podían ofrecer así como el control sobre el personal que atendiese las Unidades.⁵³ Para fines de 1927, la Fundación estableció la primera Unidad Sanitaria al sur del estado de Veracruz que incluía los pueblos de Minatitlán y Puerto México, con una población total de 25 personas. La atendían una enfermera, un inspector sanitario, un médico y un trabajador de oficina, que estarían allí de tiempo completo. Tenían prohibido trabajar fuera de la Unidad para que no descuidaran sus obligaciones y se les entrenaría para enfrentar cualquier problema de tipo epidemiológico.⁵⁴ Esta Unidad ofrecía, entre otros, servicios de vacunación contra la viruela, medicación con quinina para contrarrestar el paludismo, atención infantil y cuidado dental. Durante sus primeros años dio prioridad al combate de la uncinariasis, lo que significaba seguir con la construcción de letrinas, tratamiento médico y charlas educativas, cuya

⁵² Miguel Bustamante comentó que después de realizado el Congreso de Higiene Rural, en Ginebra, Suiza, en agosto de 1931, fueron aceptadas las Unidades Sanitarias como parte de un plan internacional que recomendaba establecer centros primarios y secundarios de sanidad; véase Bustamante, 1934, p. 31.

⁵³ Birn, 1996, pp. 207-208.

⁵⁴ Birn, 1993, pp. 159-164.

intención era convencer a la población de usar zapatos como método preventivo. A decir de Anne-Emanuelle Birn, fue una estrategia planeada por la propia Fundación en su beneficio, ya que al reforzar el trabajo que venía desempeñando, podía mostrar logros concretos y así justificar la utilidad de sus servicios.⁵⁵

El 16 de mayo de 1929, a dos años de establecida la Unidad Minatitlán, se formó otra Unidad en el puerto de Veracruz promovida por el Departamento de Salubridad Pública y dirigida por médicos mexicanos. Su primer director fue el doctor Miguel Bustamante, y para su establecimiento se retomó la base del sistema cooperativo que dio origen a su antecesora. Los participantes fueron el Gobierno Federal a través del Departamento de Salubridad Pública, el Gobierno del Estado por vía de la Dirección General de Salubridad, el Gobierno Municipal del Puerto, a través de la H. Junta de Administración Civil, así como la Fundación Rockefeller.⁵⁶ Bustamante y su equipo argumentaron tener un mejor conocimiento de las condiciones sociales, culturales y económicas de la región y, por lo tanto, buscaron abundar en los trabajos sanitarios que requería la población y en el fomento de la educación higiénica.⁵⁷ Se puso especial atención en atender las causas de mortalidad en la ciudad de Veracruz, donde Bustamante reconocía que el desabasto de agua potable era la primera causa de enfermedades gastrointestinales entre la población. De manera que una de las tareas importantes fue mejorar los servicios de ingeniería sanitaria para suministrar agua potable a la ciudad. Otro tema al que Bustamante puso atención fue la educación higiénica y la propaganda. Entre julio y septiembre de 1930 se proyectaron cinco películas, cuya temática fomentaba el cuidado de la salud de los niños, prevenía contra el paludismo, daba consejos de buenos modales e informaba del trabajo que realizaban los dispensarios. Su difusión fue posible con la colaboración de una empresa cinematográfica que realizaba exhibiciones al aire libre.⁵⁸ En respuesta a lo logrado por la Uni-

⁵⁵ Birn, 1993, p. 216.

⁵⁶ El DSP colaboró con 225 000 pesos anuales, el gobierno estatal con 5 000 pesos, la Junta de Administración Civil con 76 400 pesos y la Fundación Rockefeller con 5 000 pesos anuales. Véase *BDSP*, núm. 3, 1929.

⁵⁷ El personal administrativo lo integraban nueve personas, el resto eran empleados, como enfermeras visitadoras, inspectores, ayudantes de enfermera, peones de limpieza pública y cinco mozos. Su trabajo estaba normado por el Código Sanitario Federal.

⁵⁸ Los títulos de la películas son: *La salud del niño*, *El dispensario*, *No escupa usted en el suelo*, *El Paludismo* y *Las plagas de la humanidad*; véase *Salubridad*, núm. 3, 1930, p. 911.

dad Veracruz, la Rockefeller estableció otras Unidades: en 1930 las instaló en Tierra Blanca, Veracruz, y en Tuxtepec, Oaxaca, y en 1931 en Cuernavaca, Morelos, la cual dio prioridad a la atención maternal y el cuidado de los niños. Las enfermeras jugaron un papel decisivo y propiciaron una intensa campaña de interacción con la población.

En suma, las Delegaciones Federales y las Unidades Sanitarias Cooperativas encarnaron el proyecto de federalización de la salud, porque con la supervisión del Departamento de Salubridad involucraron a los gobiernos locales y fortalecieron a la Fundación. La instalación de estas Unidades favoreció los trabajos de las campañas sanitarias y afianzó la educación higiénica en tanto podía darse continuidad a los programas establecidos; sin embargo, lo más importante es que delinearon el camino hacia las comunidades rurales que terminó de trazarse con un nuevo proyecto: Plan de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República, que ya afianzaba las participaciones del Gobierno Federal, representado en el Departamento de Salubridad, y los gobiernos de los estados. La iniciativa para llevar a cabo este plan fue una nueva tarea de Miguel Bustamante.⁵⁹

SALUD Y COMUNIDADES RURALES

Visto el hecho indiscutible de que hay que llevar el evangelio de la salud a todos los rincones de la nación, que los médicos deben ir a las ciudades pequeñas y que es preciso que resistan con éxito los ataques de la ignorancia y de la malevolencia; parece muy aceptable el sistema de que el Estado impulse la obra higiénica y pública y que para ello utilice a los médicos haciéndolos “oficiales sanitarios”, con lo cual se obtendrá: reducir la alta mortalidad, educar higiénica y médicamente a las masas rurales; reducir el proletariado profesional haciendo que quienes iban a constituir un lastre de individuos

Este dato es sólo una evidencia del uso del cine en los programas de educación higiénica. Desafortunadamente, en este caso no se especificó el origen o procedencia de las películas ni se mencionó nada sobre el acto cinematográfico. Después de catalogado el acervo filmográfico de la SSA no se encontraron copias, lo cual reduce las posibilidades de localizar información específica sobre este material.

⁵⁹ En 1920 la población rural vivía dispersa en cerca de 60 000 localidades de diversos tipos: pueblos, barrios, ranchos, rancherías, haciendas; de estas localidades, casi 40 000 tenían menos de 150 habitantes. Véase Aboites y Loyo, 2010, p. 598.

decepcionados y egoístas, sean elementos de defensa de la vida humana y de desarrollo de la población rural.⁶⁰

Francisco Alba sostiene que a partir de 1930 el descenso de la mortalidad fue uno de los cambios decisivos experimentados por la población mexicana, y lo atribuye a que una de las causas de la mayor sobrevivencia de la población en general y de la infantil en particular fue el control que se tuvo de las enfermedades infecciosas y parasitarias.⁶¹ Sin duda, en la década de los treinta, particularmente durante el sexenio del general Lázaro Cárdenas (1934-1940), los esfuerzos por llevar servicios sanitarios y educación higiénica a las comunidades rurales de México fueron mayúsculos.⁶² Por ejemplo, el presupuesto para el DSP, en 1935, fue de 10 480 000 pesos. lo que significó un aumento de 3.86% en relación con el año anterior. Se dijo, en su momento, que nunca en años anteriores se había destinado una cifra tan alta para las actividades sanitarias, y menos aún para “actividades de higienización y de propaganda en los sectores rurales, con objeto de procurar el mejoramiento de nuestros campesinos y de los habitantes de las regiones semirurales, todo ello de acuerdo con el contenido del plan sexenal”.⁶³

Al amparo del concepto de *medicina social*, los intentos más importantes en materia de salud fueron tres: el plan de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República, propuesto por el doctor Miguel Bustamante desde 1933, la puesta en marcha del Código Sanitario de 1934 y la movilización de médicos al interior del país. Empecemos por precisar a qué me refiero con el término *medicina social*. El doctor Alfonso Pruneda, en un extenso artículo enviado a la *Gaceta Médica* de la Academia de Medicina, en 1934, afirmaba que el objeto de estudio de la medicina era el hombre, lo cual la convertía en una disciplina social.⁶⁴ Las condiciones sociales en las que éste vivía determinaban en

⁶⁰ Ángel de la Garza Brito, *BDSP*, 1944, p. 32.

⁶¹ Alba, 1993, p. 77. La esperanza de vida de los mexicanos en 1930 era de 36 años.

⁶² Carrillo, 2005, pp. 145-178.

⁶³ *MDSP* (1º de septiembre de 1934 al 15 de julio de 1935). Participaron de la jefatura tres personajes: Manuel F. Madrazo, del 8 de noviembre de 1933 al 1º de diciembre de 1934, Abraham Ayala González, del 1º de diciembre de 1934 al 16 de junio de 1935, y José Siurob, del 19 de junio de 1935 en adelante. Es un informe que retoma los planteamientos del Plan sexenal.

⁶⁴ Pruneda, 1933, pp. 122-136.

gran parte las características de su “cultura sanitaria”, que propiciaba buenos, malos o nulos hábitos higiénicos; por lo tanto, Pruneda cuestionaba que los males sociales fueran exclusivos de las clases “desheredadas de la sociedad” y de los trabajadores (obreros y campesinos) y argumentaba que la sífilis y el alcoholismo no eran patrimonio de los pobres. “Hay lacras como el mismo alcoholismo, la prostitución, la enajenación mental y las narcomanías, que no son exclusivas de una clase social”.⁶⁵ Entonces, para entender mejor el contexto social y sus consecuencias en la salud e higiene de la población, Pruneda propugnó por un estudio interdisciplinario entre la medicina y disciplinas como la sociología, ingeniería y antropología, que favorecerían al médico, quien, además de prevenir enfermedades y curarlas, debía tejer una red de conocimiento del lugar y la gente para quien trabajaba; esto es, debía sensibilizarse al entorno social. El primer paso de este proceso fue el programa de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República, que movilizó a los médicos fuera de la Ciudad de México. Además de la prevención de enfermedades y promover la higiene, este programa incluyó el saneamiento de ciudades.⁶⁶ Esta propuesta derivó de la identificación de tres problemas que era necesario combatir: la falta de médicos en las comunidades, las innegables malas condiciones sanitarias del país, y la ignorancia de la mayoría de la población como resultado, entre otras cosas, de la falta de programas de educación higiénica en los pueblos. Tras identificar estas carencias, que afectaban el buen funcionamiento del programa, se tomaron medidas dirigidas a subsanarlas. El primer paso fue reformar el Código Sanitario de 1926 y asentar legalmente tanto la federalización de los servicios sanitarios como el reconocimiento de la medicina social, como mecanismo para llegar a las comunidades más alejadas de la capital.

La siguiente reforma al Código Sanitario se llevó a cabo el 28 de agosto de 1934 bajo el mandato del presidente Abelardo L. Rodríguez. El jefe del Departamento de Salubridad Pública era el doctor Manuel F. Madrazo.⁶⁷

⁶⁵ Pruneda, 1933, p. 130.

⁶⁶ Bustamante, 1934, p. 28.

⁶⁷ El Código Sanitario reformado comprende un título preliminar y seis libros divididos en 514 artículos, más tres de carácter transitorio. El título preliminar se refiere a la naturaleza y organización del servicio sanitario de la República, así como a otros asuntos generales. Los libros tratan de sanidad internacional, sanidad nacional, acción extraordinaria en materia de salubridad; sanidad del Distrito y Territorios Federales y de las zonas, islas e inmuebles sujetos al dominio de la Federación; sanciones y procedimientos. “Código Sani-

Los dos temas novedosos que marcaron la diferencia entre esta reforma y sus antecesoras fue que se reforzó la influencia federal en materia sanitaria y se reconoció la iniciativa del programa propuesto por Bustamante como el primer paso concreto. Respecto de la medicina social, se anunciaba como alternativa para las comunidades rurales; por último, se especificó, en el artículo 197, que todo aquello que afectara la higiene general quedaría sujeto al reglamento del Consejo de Salubridad General. El tema de la educación higiénica estuvo presente y, a diferencia del Código de 1926, en el de 1934 se mencionó a los campesinos como integrantes de la comunidad receptora de los programas que habría de diseñar el Departamento de Salubridad.⁶⁸

Al lado de la buena intención de las autoridades sanitarias por legislar programas pensados para beneficiar a las comunidades campesinas, había que concretar acciones para llevarlos a cabo. Sin duda, uno de los grandes problemas era la insuficiencia de médicos a lo largo y ancho del país, lo cual no representaba necesariamente un problema de falta de profesionistas sino más bien una deficiente distribución, ya que los médicos preferían permanecer en las capitales.

MÉDICOS AL CAMPO

El reconocido médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán aseguraba que en 1910 el número de médicos era de 2 566 para una población de 15 160 369 individuos, lo que equivalía a un médico para cada 5 908 habitantes. Como ya se mencionó, en 1930 existían 4 767 médicos para una población de 16 552 722; es decir, un médico por cada 3 451 habitantes,⁶⁹ pero, según el censo de 1930, existía en la Ciudad de México un médico por cada 679 habitantes, lo que contrastaba con estados como Querétaro, donde había en promedio un médico por cada 52 000 habitantes. Sostenía Aguirre Beltrán que la compleja composición étnica de nuestro país, sus características geográficas especiales, su economía “anacrónica” y la escasa

tario 1934”, *Diario de la Federación*, 31 de agosto de 1934, pp. 1164-1200. Véase también Pruneda, 1936, tomo 66, p. 398. En el capítulo II del Código se definen la Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales.

⁶⁸ “Código Sanitario de 1934”, *Diario de la Federación*, 1934, artículo 48, II, p. 1167.

⁶⁹ Ponencia presentada por el doctor Aguirre Beltrán, “La población de la República y los médicos rurales”, en el primer congreso médico quirúrgico del estado de Morelos (1946). Véase *La Escuela Superior de Medicina Rural*, 1946, pp. 37-43.

producción de médicos dedicados a la práctica rural eran los factores que mantenían alto el coeficiente de mortalidad y, en consecuencia, el crecimiento natural de la pobreza de la población.⁷⁰ Lo que puede apreciarse también es la clara concentración de médicos en las capitales.

Otro reconocido antropólogo, Miguel Othón de Mendizábal, alertaba, en 1936, sobre el “pavoroso problema” que representaba la falta de médicos en las comunidades rurales. Con base en el registro de las defunciones habidas durante el quinquenio de 1932-1936, Othón de Mendizábal calculó la distribución geográfica de los médicos en México y concluyó que de los 2 264 municipios en que estaba dividida la República en 1938, 1 523 (67.27%) carecían de médico titulado, esto es, con capacidad de expedir certificados, y solamente 741 (32.73%) contaban con uno o más médicos.⁷¹ El antropólogo aseguraba que la mala distribución de los médicos titulados era un problema económico y social difícil de resolver en el México de finales de los treinta, porque la formación para el “ejercicio liberal de la profesión” que recibían en las escuelas de medicina asentadas en las ciudades los retenía en ellas. Eran contados los médicos que desde el principio de su vida profesional elegían como campo de acción poblaciones de importancia secundaria, y menos los que se conformaban con un medio rural. La carencia de confort y de elementos materiales para el trabajo y la vida misma, sumada a la pobreza del medio cultural del campo mexicano, alejaban de los pequeños poblados rurales a los individuos que se habituaron a la vida de las grandes ciudades, incluidos los de origen campesino.⁷² Se añadía la deplorable situación económica que impedía a la mayoría de los campesinos y ejidatarios pagar los honorarios de los médicos.

Sin duda, esta situación planteada por Othón de Mendizábal se discutía también entre el gremio de médicos, quienes, encabezados por los michoacanos Jesús Díaz Barriga y Enrique Arreguín Vélez, organizaron el Primer Congreso de Higiene Rural, que se celebró del 3 al 12 de noviembre de 1935 en Morelia, Michoacán.⁷³ Su propósito fue involucrar a los

⁷⁰ *La Escuela Superior de Medicina Rural*, 1946, pp. 37-43.

⁷¹ Othón de Mendizábal, 1947, vol. VI, p. 529.

⁷² Othón de Mendizábal, 1947, vol. VI, p. 529.

⁷³ Kapelusz-Poppi, 2001b, p. 271. Ana María Kapelusz-Poppi ha estudiado con detalle la organización de este primer Congreso de Higiene Rural. Esta autora ha dirigido su investigación a destacar la participación de un grupo de médicos michoacanos encabezados por Jesús Díaz Barriga y Enrique Arreguín Vélez, en la conformación de programas de salud

profesionistas mexicanos en las tareas de transformación que se planeaban para la sociedad posrevolucionaria y, sobre todo, en los asuntos relacionados con la higiene del campesino y los servicios médicos rurales.⁷⁴ Tanto Díaz Barriga como Arreguín aspiraban a que lo discutido en el congreso delinea las bases de un sistema nacional de servicios de salud enfocado en las comunidades rurales del país; también esperaban que se lograra la socialización de la medicina y hacer de esta profesión una de mayor alcance para la población. Claudia Agostoni retoma el argumento de que “la socialización de la medicina en México, equivalía a laborar a favor de la resolución de los problemas de higiene rural, así como a evitar que la clase médica siguiera ‘enquistada’ a las grandes ciudades al servicio de las clases potentadas y en detrimento de nuestra gran población rural que sufre el látigo formidable de las enfermedades”.⁷⁵ Las aspiraciones de estos médicos apuntaban a diseñar estrategias para llevar servicios de medicina moderna a los lugares alejados del país, lo que también ponía de manifiesto la preocupación por integrar a campesinos e indígenas a la sociedad contemporánea.

en el estado de Michoacán. Al momento de convocar al congreso, el primero era secretario técnico del DSP, dirigido por José Siurob. El segundo era rector de la Universidad de Michoacán y secretario de la rama moreliana del Bloque Nacional de Médicos Revolucionarios, grupo que también convocó a este encuentro. Esta organización de médicos se había formado en el marco del Primer Congreso de Universitarios de México, que se celebró en la capital en septiembre de 1933. Sobre el Primer Congreso de Universitarios de México, véase Mayo, 1964, pp. 75-100.

⁷⁴ Aparte de las referencias de Kapelus-Poppi sobre el Bloque de Médicos Revolucionarios, se tiene noticia de un grupo de médicos de este grupo, residentes en Monterrey, Nuevo León. Un mes antes de que se realizara el Congreso de Higiene Rural, lanzaron una serie de peticiones para reformar el artículo 4º constitucional y aquellos (no especifican) que, a su juicio, “conservan un sello liberal burgués, estableciendo serias y lamentables contraposiciones jurídicas. Todo esto con la idea de que al mismo tiempo que sean socializadas las profesiones, se socialice el resto de las fuentes de producción y de riqueza”. El documento lo firmaron el secretario general, doctor Ángel Martínez V. y el secretario del exterior, doctor Enrique C. Livas. También solicitaron la regulación de los servicios médicos entre los trabajadores y la reglamentación de higiene industrial en las industrias del estado; Véase “Bloque de Médicos revolucionarios. Monterrey, N. L. Piden se reforme el artículo Cuarto Constitucional”, AHSS, fondo SP, sección SJ, caja 44, exp. 9, 1935. Recientemente, Claudia Agostoni, en su artículo “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario, 1920-1940”, explica con detalle la dinámica de los congresos y analiza las ponencias de algunos congresistas asistentes. Véase Agostoni, 2013.

⁷⁵ “Presentación del primer Congreso Nacional de Higiene Rural...”, en Solano, p. 295, citado por Agostoni, 2013, p. 770.

Al Congreso asistió un grupo heterogéneo, formado por médicos, ingenieros, abogados, veterinarios, maestros, parteras y enfermeras.⁷⁶ El compromiso de todos y cada uno de ellos fue llevar propuestas que pudieran concretarse en mejorar las condiciones de alimentación, vivienda e indumentaria en las comunidades campesinas. Sin embargo, dos temas destacaron: la planeación de programas de educación higiénica y la forma para resolver la insuficiencia de médicos entre la población. Algunos de los asistentes opinaron que llevar servicios modernos a las comunidades rurales requería de toda una reorganización de la profesión que, sin duda, reforzaría la atención médica.

Entre las iniciativas que se pusieron en marcha estuvo el intensificar entre los sanitaristas de la Escuela de Salubridad las prácticas en las comunidades. Esto se logró promoviendo, con mejor planeación, prácticas de campo afuera de la Escuela y sus salones de clase, y para ello el papel de las Estaciones de Adiestramiento o *Training Stations* promovidas por representantes de la Fundación Rockefeller fue fundamental. Estas estaciones se instalaron en la Ciudad de México; Cuernavaca, Morelos; Boca del Río, Veracruz; Monterrey, Nuevo León, y algunos otros estados. La primera se inauguró en noviembre de 1932 en Cuernavaca, pero al poco tiempo, con la finalidad de facilitarle a los estudiantes trabajar allí, se trasladó a Xochimilco. Los cursos y prácticas que allí se impartieron tuvieron una duración aproximada de ocho semanas y profundizaron en temas de salubridad y medicina preventiva. El funcionamiento de estas estaciones se mantuvo a lo largo de las décadas subsecuentes.⁷⁷

A la par de esta iniciativa, se estableció el Servicio Social, que consistía en que los estudiantes de medicina, antes de recibir su título profesional, trabajaran seis meses fuera de la ciudad en zonas rurales. Esto significaba, según sus promotores, socializar la profesión médica, ya que proveer a los campesinos de servicios médicos era un requisito para que se diera en México el crecimiento económico y la modernización social.⁷⁸ En res-

⁷⁶ Véase el folleto de Convocatoria al Congreso, 1935, p. 1. Se tiene noticia que del 20 al 26 de noviembre de 1938 se llevó a cabo el 2º Congreso de Higiene Rural en la ciudad de San Luis Potosí. Los convocantes fueron el Frente Revolucionario de Trabajadores de la Medicina, los Departamentos de Salubridad y el Agrario, la Secretaría de Asistencia Pública, el Partido de la Revolución Mexicana, el Banco de Crédito Ejidal y el Departamento Autónomo de Propaganda y Publicidad, *Gaceta Médica*, 1938, tomo 68, p. 395.

⁷⁷ Magaña y Gudiño, 2010, pp. 34-35.

⁷⁸ Kapelusz-Poppi, 2001b, p. 276. Una iniciativa anterior fue la que realizó el doctor Miguel Bustamante en 1934. En su trabajo de ingreso a la Academia de Medicina expuso la

puesta a esa propuesta, en 1936, el gobierno de Cárdenas, a través del Departamento de Salubridad, encabezado por José Siurob, y la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, dirigida por el doctor Gustavo Baz Prada, convinieron en establecer el servicio social para los pasantes de carrera. Según Alfredo Mendoza, estas fueron las palabras que Baz dirigió a la primera brigada asistencial con 260 pasantes de medicina:

Tienen ustedes ya seis años de estudio. Lo normal sería que dentro de unos meses reciban el título. En lugar de eso, he venido aquí a pedirles que se presenten patrióticamente a uno de los experimentos más singulares que habrá de registrar la historia de la medicina. Cada uno de ustedes irá a un lugar donde no haya médicos y pasará seis meses ejerciendo su ministerio entre gentes primitivísimas y rudísimas: hijos incultos de la sierra, del bosque, del páramo que no tienen la más leve idea de lo que es el moderno arte de curar. Deber de ustedes será introducir siquiera los rudimentos imprescindibles de la sanidad pública, enseñar nociones de higiene y recoger datos, hechos, estadísticas, sobre el género de vida de cada lugar.⁷⁹

Uno de los puntos importantes de este servicio social fue sin duda confrontar a los futuros médicos con los problemas que se vivían en las comunidades rurales; es decir, con la realidad social de buena parte de la población. Cada año, el Departamento de Salubridad presentaba a la facultad de medicina una lista de los poblados con menos de 5 000 habitantes; describía cuáles eran los medios de transporte y las formas de comunicación disponibles; precisaba si existían farmacias, y definía si las condiciones económicas de la comunidad permitían a sus habitantes ofrecer hospedaje al estudiante. Con esta información el pasante decidía, previa autorización del Departamento, en qué pueblo realizaría su trabajo social. Una vez aprobada su selección, se les otorgaba una credencial que los identificaba como el médico en turno. El Departamento de Salubridad y la facultad de medicina, previendo que la retribución económica a su trabajo dependía

necesidad de dotar de atención médica a las zonas más alejadas del país. Propuso entonces que las universidades exigieran servicio social a los futuros médicos e hicieran de ellos “oficiales sanitarios”, capaces de contribuir a la salubridad de las comunidades campesinas. Define las tareas del “médico rural” y destaca el papel que deben jugar como educadores de la población. Véase *Gaceta Médica*, tomo LXV, julio-agosto de 1934, núm. 7-8, pp. 197-207.

⁷⁹ Mendoza Cornejo, 1992, p. 34.

de las condiciones económicas de los habitantes y de la restricción de no cobrar por tratamientos preventivos, les asignaron un sueldo de 90 pesos para su manutención. Como veremos en el siguiente capítulo, los estudiantes adquirieron el compromiso de entregar informes escritos sobre el pueblo y su trabajo.

Si tomamos en cuenta que esta primera movilización de médicos era una actividad temporal de tan sólo seis meses, podemos pensar que resultaría insuficiente a mediano plazo. Por eso, se creó en el Instituto Politécnico Nacional la carrera de *medicina rural*, para formar médicos que se desarrollaran en ese medio. La meta fue que sus estudiantes, al terminar la carrera, fueran “buenos médicos prácticos, incapaces de defraudar a la clientela, conscientes de su limitación y, por ende, con hondo sentido de responsabilidad, cultos y con gran afición por el campo y sus problemas”.⁸⁰ Su lema: “Limitación, austeridad y trabajo”.

El primer curso inició el 4 de marzo de 1938 y solamente se inscribieron 11 estudiantes. En noviembre de ese año se llevó a cabo el 2º Congreso de Higiene Rural, en San Luis Potosí, y allí los doctores Ignacio Millán y Manuel Maldonado justificaron la necesidad de una carrera como la recién instaurada y la utilidad del nuevo tipo de médico que se estaba forjando, “cuya preparación responda técnica, científica e ideológicamente a las demandas del medio rural”.⁸¹

Sin embargo, el inicio de esta carrera fue incierto. Tuvo manifestaciones de desaprobación de la facultad de medicina de la UNAM. Según Ana María Carrillo, Gustavo Baz estaba en contra de la formación de médicos rurales e incluso consideraba denigrante el término rural para cualquier carrera de profesionales de la salud.⁸² La campaña casi ininterrumpida de ataques duró ocho años, en los cuales la carrera de medicina rural sufrió vejaciones de toda naturaleza e incluso sus egresados fueron expulsados de algunos servicios en los hospitales públicos.⁸³

Mientras esto sucedía con la carrera, la población censada de México, en 1940, era de 19 473 741, con 6 664 médicos, cantidad que equivalía a un médico por cada 2 901 habitantes. Cuando la carrera empezó a funcionar de manera regular, en 1945, el censo arrojó una población de

⁸⁰ Opinión del doctor Adolfo Arreguín, SEP-IPN, 1947, p. 32.

⁸¹ Opinión del doctor Adolfo Arreguín, SEP-IPN, 1947, p. 9.

⁸² Carrillo, 2005, p. 163.

⁸³ SEP-IPN, 1947.

22 178 423 habitantes. La población urbana era de 33.47% y la rural de 66.53%.⁸⁴ Hacia 1946 había poco más de 300 estudiantes de medicina, todos trabajando en el medio rural y la mayoría enviados por alguna institución oficial.⁸⁵ Un rasgo de la carrera de medicina rural fue que quienes la cursaron cimentaron su formación sobre conocimientos antropológicos, físicos, culturales y sociales, porque se trataba de formar agentes que ayudaran a que “la transformación social de México se efectúe con mayor rapidez y siguiendo los cauces que marcan las actuales corrientes sociológicas”.⁸⁶

Se decía que el médico rural ahuyentaría en un tiempo dos formas anacrónicas e igualmente antisociales del ejercicio de la medicina, a saber: “el brujo o hechicero con su magia primitiva y sus burdas mentiras y el Médico explotador, dueño de una ciencia y una técnica rudimentarias, atroficas e invadido de un insaciable afán de dinero o enfermo irremediable de la sensación de fracaso profesional representado por el exilio en un pequeño poblado”.⁸⁷ La demanda de los médicos rurales fue la necesidad de forjar una ideología de la medicina que tuviera como eje rector la convicción de que su única tendencia como disciplina era servir a la colectividad en la curación y prevención de enfermedades.

La movilización de pasantes y médicos rurales, las campañas de vacunación, el ritmo de crecimiento demográfico, que con una tasa de 1.72% anual, en 1930, pasó a 3.28% en 1960, el descenso en los índices de mortalidad infantil, que entre 1922 y 1930 fue de 160 por cada 1 000 nacidos vivos, y entre 1935 y 1938 de 135 por cada 1 000,⁸⁸ fueron elementos para que el interés por promover la atención médica en las comunidades rurales se mantuviera. Sin embargo, hacia la década de 1940, las actividades sanitarias a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se concentraron nuevamente en la Ciudad de México, como sede de la modernidad

⁸⁴ Aguirre Beltrán, 1980.

⁸⁵ SEP-IPN, 1947, p. 11.

⁸⁶ SEP-IPN, 1947, p. 17.

⁸⁷ SEP-IPN, 1947. Esta cita nos pone de frente a una interesante polémica que prevaleció entre los médicos y que sugiere la siguiente interrogante: ¿cómo se veían a sí mismos como integrantes del mismo gremio trabajando para diferentes sectores de la población? Son interesantes los testimonios de médicos rurales que se refirieron a sus colegas urbanos como pseudomédicos y como los principales detractores del desarrollo sanitario de las comunidades porque cobraban a precio elevado las consultas a campesinos pobres.

⁸⁸ Aboites, 2004, p. 275; Carrillo, 2005, p. 177.

médica. A partir de 1940, la movilización habida del campo a la ciudad se incrementó y, para 1960, según el censo de esos años, la mayor parte de los mexicanos vivían en la ciudad. Como afirma Luis Aboites, esta migración fue un indicador del cambio social que se vivía en el mundo; es decir, “la humanidad dejaba atrás el ámbito agrario”.⁸⁹ Aunado a estos factores demográficos y sanitarios, los gobiernos que sucedieron al de Lázaro Cárdenas fueron desmantelando paulatinamente los servicios sanitarios creados por él.⁹⁰

POR LA DEFENSA DEL CONTINENTE Y LA ERRADICACIÓN

Durante los primeros años de la Segunda Guerra Mundial (1939-1944), México se había declarado neutral. Después del ataque japonés a Pearl Harbor, en diciembre de 1941, Estados Unidos declaró la guerra a Alemania, Japón e Italia, y el entonces presidente de México, Manuel Ávila Camacho, encontró en el bombardeo de dos buques petroleros mexicanos, en 1942, el motivo para declarar la guerra a Alemania y aliarse con Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia y la Unión Soviética.⁹¹

La declaratoria de guerra de México movilizó a las autoridades del Departamento de Salubridad a manifestarse y elaborar un plan de trabajo de acuerdo con las demandas de tan “graves circunstancias”.⁹² El 10 de junio de 1942 se planteó que para hacer frente a todas las contingencias posibles era necesaria una reunión en la Ciudad de México con la asistencia del mayor número posible de jefes de los Servicios Sanitarios Coordinados y de los Servicios Rurales y Ejidales en la República; en ella se trataron varios puntos, como el relacionado con una intensa campaña de educación popular adecuada a la situación de emergencia que se vivía. Se aconsejó a la población cómo actuar en caso de que sucediera un bombardeo, derrumbe o incendio. En materia sanitaria se habló de integrar brigadas con maestros, campesinos, obreros y mujeres para impartirles adiestramiento a fin de que estuvieran en condiciones de ayudar en las campañas de inmunización y en otras campañas sanitarias, así como en los trabajos de

⁸⁹ Aboites, 2004.

⁹⁰ Carrillo, 2005, p. 146.

⁹¹ Moya Palencia, 1992.

⁹² “México en estado de Guerra”, *Boletín DSP*, núm. 2, junio de 1942, p. 163.

salvamento y primeros auxilios en casos de actos bélicos con daños a la población civil.⁹³

En el contexto internacional, la guerra mundial obligó a Estados Unidos a mejorar sus relaciones con sus vecinos latinoamericanos para “defender el continente”. En materia sanitaria esta política de cooperación se afianzó en dos actividades realizadas en Río de Janeiro en enero y septiembre de 1942, respectivamente: la 3ª Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores de Latinoamérica y la XI Conferencia Sanitaria Panamericana. Como veremos con detalle en el capítulo cuatro, en las resoluciones tomadas en ambas reuniones quedó asentado que la “Defensa del continente” en materia sanitaria era una prioridad para los países latinoamericanos, y en esta coyuntura político-sanitaria los estadounidenses, a través de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, dirigida por Nelson Rockefeller, diseñaron y ejecutaron proyectos sanitarios para ellos. Iniciando la década de 1950 y en el contexto de la Guerra Fría, el tema relevante en salud pública fue la introducción de productos químicos para erradicar enfermedades; entre ellos destacaron el DDT y el dieldrín,⁹⁴ que marcaron un antes y un después en la historia del combate a enfermedades como el tifo y el paludismo. Particularmente, la erradicación del paludismo, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1955, combinó el uso de los químicos con el manejo del concepto *erradicación* como la fórmula que lograría desaparecer la enfermedad “de la faz de la tierra”. La OMS dictó las pautas y promovió una campaña mundial. Los países afectados por esta enfermedad organizaron las propias y México lo hizo con la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, que inició en 1957, durante el sexenio del presidente Adolfo Ruiz Cortines, y se prolongó hasta el de Adolfo López Mateos, en 1962. Las características de esta campaña las veremos con detalle en el capítulo cinco.

⁹³ “México en estado de Guerra”, *Boletín DSP*, núm. 2, junio de 1942, p. 163.

⁹⁴ El DDT (diclorodifeniltricloroetano) es un insecticida insoluble en agua, utilizado ampliamente en los programas antipalúdicos por su mayor acción residual donde se aplica y por su bajo costo, características que lo han hecho, hasta la fecha, insustituible a pesar de los efectos que tiene sobre el ambiente. Véase Lasso Echeverría, 2001, p. 179. “El DDT tiene una persistencia en su acción mayor de seis meses y su aplicación se hace dos veces por año en dosis equivalentes a dos gramos por metro cuadrado. Al dieldrín se le ha considerado una persistencia de 12 meses y se rocía una sola vez al año en dosis equivalentes a 0.6 gramos por metro cuadrado” (Blancarte y Cabrera, 1959, p. 43).

Finalmente, al identificar los rasgos del contexto político en el que se llevaron a cabo los acontecimientos sanitarios y programas de salud pública que interesan a esta investigación, encontramos un visor que nos ayuda a entender las características sociales y culturales que delinearón dichos acontecimientos a lo largo de 35 años. Bajo la premisa de la federalización de los servicios de salud, promovida por el médico revolucionario José María Rodríguez en el Congreso Constituyente de 1917, la Fundación Rockefeller en los años veinte, la movilización de médicos al campo en los treinta y de la Oficina de Asuntos Interamericanos en los cuarenta, se delimitó buena parte de las políticas sanitarias que caracterizaron la primera mitad del siglo xx mexicano. A través de unidades sanitarias y de programas como el Cooperativo de Salubridad y Saneamiento se buscó regular el trabajo médico y sanitario en el país.

Sin embargo, el mayor logro de esta propuesta revolucionaria de federalización fue la política sanitaria diseñada, a mediados de los años treinta, para las comunidades rurales mexicanas. Las prácticas de los estudiantes de la Escuela de Salubridad en las *Training Station*; el servicio social para los pasantes de medicina y, años más tarde, la creación de la carrera de medicina rural en el Instituto Politécnico Nacional, incentivada por médicos y antropólogos promotores del trabajo interdisciplinario, completaron temporalmente la movilización de brigadas de médicos, sanitaristas y enfermeras que buscaron disminuir los índices de mortalidad y mejorar las condiciones de vida de la población campesina. Pero del México de los años treinta al de fines de los cincuenta hubo fuertes cambios. Las autoridades sanitarias volvieron la mirada del campo a la ciudad, las prioridades médico-sanitarias se urbanizaron y se enfocaron a los lineamientos internacionales que promovían la seguridad social para los trabajadores del Estado, construían modernos hospitales y lanzaban al mercado productos químicos con los que se buscaba ya no sólo controlar el contagio de enfermedades sino erradicarlas. En ese contexto, las autoridades sanitarias mexicanas apostaron a la erradicación y el Estado promovió monumentales campañas que se hicieron evidentes a través de la intensa propaganda que las promovió. Sin duda, el combate al paludismo en México, desde 1957 a 1960, entró en esta dinámica mediática y se posicionó como la campaña más moderna de mediados del siglo xx.

II. EDUCACIÓN HIGIÉNICA: INSTRUMENTOS Y ACTORES

PARA CONOCER LOS materiales de educación higiénica y propaganda más utilizados en México a lo largo del periodo de estudio e identificar el contenido de los mensajes que se difundieron en las campañas de salud es necesario analizar el trabajo que desempeñó la Sección de Educación Higiénica y Propaganda (en adelante SEHP), creada en 1922 para promover en el país la propaganda sanitaria en diferentes formatos: oral, gráfica y audiovisual. Del primer tipo se exponen en este capítulo características generales de conferencias y programas de radio de salud; del segundo, hojas volantes, carteles y folletos; al tiempo, por supuesto, debo mencionar la propaganda producida por empresas privadas que con sus mensajes contradecían los principios médico-sanitarios de la SEHP.¹ También incluyo al Museo de Higiene como un espacio educativo y de propaganda que conjuntó diferentes materiales mostrados al público cuando abrió sus puertas, en febrero de 1944. Su museografía ofreció la alternativa para que sus visitantes interactuaran con lo exhibido en las salas y se aproximaran a formas diferentes de aprender. Por supuesto, incorporo el cine al conjunto de instrumentos de educación higiénica audiovisual.

Una vez identificados los instrumentos de propaganda y su contenido, dedicaré un breve apartado a quienes los elaboraron; es decir, dibujantes, fotógrafos, museógrafos y cineastas. Sobre todo, presentaré en la segunda parte de este capítulo a quienes llevaron la propaganda sanitaria a la calle. El doctor Manuel Rivera González, uno de los grandes promotores de la educación higiénica, afirmaba, en 1946, que lo realmente importante en los programas educativos era la “capacidad y dotes del educador que los utilizaba y la inteligencia y cultura del educando”.² Los médicos, sanitarristas, enfermeras y maestros rurales, a quienes de manera general llamaré

¹ Al respecto sólo me referiré de manera general y dejo abierta la posibilidad de una futura investigación sobre la historia de la publicidad médica y la farmacéutica.

² González Rivera, 1946a, p. 34.

intermediarios sanitarios, asumieron esa responsabilidad de educadores. Otros dos intermediarios sanitarios que no aparecen en este capítulo son los rociadores y los notificantes, cuyo trabajo fue fundamental para la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, por lo que hablaré de ellos en el capítulo que les corresponde.

Solamente incluí como intermediarios sanitarios a médicos, sanitaristas, maestros rurales, rociadores y notificantes, sin considerar a las enfermeras visitadoras y a las trabajadoras sociales. Esta decisión fue deliberada porque si bien reconozco la trascendencia de su compromiso social y desempeño como promotoras educativas en las campañas de salud, incluirlas rebasaría por mucho los intereses de este libro. Definitivamente, su labor en campo es un tema fundamental para la historia social de la salud pública aún por investigar.³

EDUCACIÓN HIGIÉNICA EN MÉXICO

La acción propagandística de una autoridad sanitaria es fundamentalmente educativa. Una autoridad sanitaria sin medios de propaganda es organismo estéril. Quedaría reducida a la implantación de medidas coercitivas, con el ánimo de hacer cumplir un conjunto de leyes y reglamentos incomprensibles para casi todos los moradores del país. Nada más cierto que esta raquítica actuación en México cuando el Consejo Superior de Salubridad, sin que a mi manera de ver signifique censura, vegetaba sin darse a conocer provechosamente en las diversas clases sociales.⁴

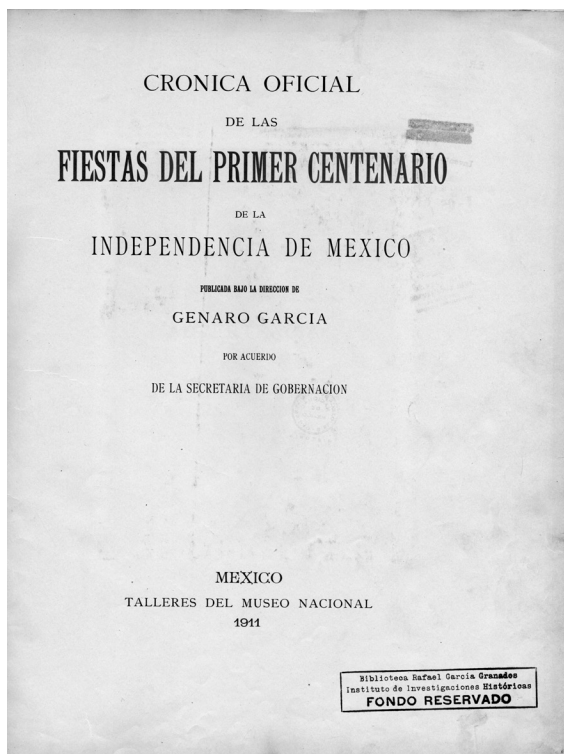
En esta cita es indiscutible la poca credibilidad que el autor, médico activo en la década de 1930, tuvo hacia el esfuerzo porfiriano de promover la educación higiénica. Claudia Agostoni y Ana María Carrillo⁵ han demostrado que, por el contrario, el Estado porfiriano la promovió con congresos, literatura, conferencias y folletos, pero sobre todo a través de la Exposición Popular de Higiene de 1910, realizada en el marco de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México, que fue reseñada por Genaro García en su *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario*,

³ Sobre las enfermeras visitadoras véase Agostoni, 2007a, y Alemán-Escobar *et al.*, 2011. Para una primera aproximación al estudio de las trabajadoras sociales véase Magaña y Gudiño, 2010, p. 37.

⁴ Landa, 1930, p. 1088.

⁵ Agostoni, 2007b, y Carrillo, 1999.

publicada en 1911 en los talleres del Museo Nacional y bajo la anuencia de la Secretaría de Gobernación.



Fotografía 1. Acervo Fondo Reservado, Instituto de Investigaciones Históricas (UNAM).

Esta exposición de higiene coronó los esfuerzos de una larga trayectoria del Consejo Superior de Salubridad dedicada no sólo a cuidar de la higiene y la salud de la población, sino también a promover una imagen del Estado como educador y guardián de la salubridad en pro del tan anhelado progreso. Sin embargo, uno de los límites de la educación higiénica fue su alcance territorial, ya que era prioridad la Ciudad de México, en detrimento de los estados y su población. Lo anterior no significa que ahí no hubiera atención sanitaria, sino que no tenía la constancia que en la capital, y esto se comprueba con la exposición de 1910, que incluyó como un atractivo la participación de los estados de la Federación.

EXPOSICIÓN POPULAR DE HIGIENE DE 1910

Esta exposición no solamente dará a conocer al mundo entero el progreso que toda la República ha alcanzado sino el de cada uno de los estados. Como por otra parte estos datos no se han llegado a presentar en conjunto durante toda la centuria, se hace indispensable darlos a conocer alguna vez y la celebración del centenario ofrece una ocasión propicia para hacer este trabajo.⁶

La exposición fue inaugurada el 2 de septiembre de 1910 por el doctor Eduardo Liceaga, quien, en su discurso “Progresos alcanzados en la higiene de 1810 a la fecha”, explicó cuáles eran los problemas sanitarios que habían padecido los habitantes de la Ciudad de México y cuáles las condiciones prevalecientes en ese momento. Lo expresó de la siguiente manera: “Voy a hacer pasar a la vista de ustedes una serie de proyecciones que les indicarán las formas primitivas como se hacía el expendio y la provisión de los alimentos, hasta los mercados que se usan actualmente y las tiendas de comestibles que habrán ustedes visto”.⁷ También mencionó los problemas derivados de la falta de agua potable, de la insalubridad que prevalecía en la venta de alimentos y de la necesidad de establecer las condiciones higiénicas para su producción y consumo. El tema de la salud pública estuvo limitado a algunas pláticas sobre el cólera, viruela, escarlatina y sarampión, y las formas para combatirlos en la Ciudad de México. Por lo tanto, la exposición ilustrada con fotografías y películas tuvo como objetivo resaltar más los trabajos realizados para fomentar la higiene pública, y no necesariamente mostrar las condiciones de salud de la población.⁸ Prueba de ello son las siguientes dos fotografías publicadas en la *Crónica Oficial de la*

⁶ *La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos. Brevisima reseña de los progresos alcanzados desde 1810 a 1910*, publicado por el Consejo Superior de Salubridad, 1910, p. XIII. En esta publicación se reprodujo íntegro el cuestionario que sirvió de base para compilar la información necesaria, véase pp. XVII-XIX. Domingo Orvañanos, en su *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República*, compiló las respuestas a este cuestionario y, utilizando mapas de la República Mexicana, ilustró las zonas afectadas por las enfermedades predominantes en 1889. Véase bibliografía.

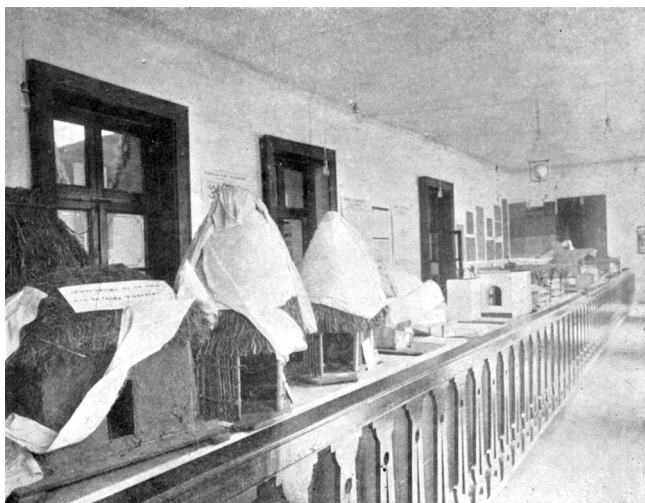
⁷ “Progresos alcanzados en la higiene de 1810 a la fecha”, conferencia del doctor Liceaga, en AHSSA, fondo Salubridad Pública (SP), sección Congresos y Convenciones (CC), caja 9, exp. 9.

⁸ “Programa conforme al cual se han venido verificando las conferencias en la exposición de higiene”. AHSSA, SP, CC, caja 10, exp. 15. En este expediente aparece solamente el listado con los títulos de las conferencias pero desafortunadamente no incluye el texto de la conferencia.

fiestas del primer centenario, de Genaro García, que muestran la transición de los pozos de agua a la instalación de bombas de agua y la evolución en el tipo de viviendas adecuadas para evitar enfermedades.



Fotografía 2. Sistemas de aprovisionamiento de aguas potables en la Exposición de Higiene. Acervo Fondo Reservado, Instituto de Investigaciones Históricas (UNAM).



Fotografía 3. Sistemas de fumigación de jacales en la Exposición de Higiene. Acervo Fondo Reservado, Instituto de Investigaciones Históricas (UNAM).

Las autoridades opinaron que la exposición había sido un éxito, porque así lo demostraba la concurrida asistencia de visitantes. Esto motivó a sus organizadores a ampliar el calendario inicial de exhibición de uno a dos meses y, en vista del creciente éxito (la habían visitado más de 97 000 personas), se propuso exhibirla de manera permanente en un Museo Popular de Higiene, que en aquel momento de efervescencia política no se concretó. La intención de los organizadores de esta exposición fue fortalecer el discurso de las autoridades sanitarias al demostrar que los resultados de su labor desempeñada hasta ese momento eran congruentes con el discurso de modernidad porfiriana. Así, para forjar una imagen moderna de México y sus habitantes, el montaje de esta escenografía “higiénica” fue uno de los aparatos propagandísticos y políticos realizados en 1910.

Después de esta fecha y hasta el término del movimiento armado, las recién nombradas autoridades sanitarias de inicios de la década de 1920 afirmaban, al igual que sus antecesores, que mediante la educación higiénica se tendría una cobertura informativa más amplia para la población y, en consecuencia, mayor posibilidad de control sanitario nacional. Los médicos y sanitaristas de la época consideraron que educar a la población en materia de higiene y prevención de enfermedades facilitaría el desempeño de las brigadas sanitarias complementando su trabajo en las comunidades. Algunos de estos médicos no concebían la eficiencia de una campaña de salud sin la parte educativa; por ejemplo, el doctor Everardo Landa afirmaba que la propaganda era “un medio completamente indispensable” del que había que disponer para las campañas sanitarias y educación del público.⁹ Ya comenté que desde 1921 el doctor Gabriel Malda exhortó a los médicos que hacían propaganda a que utilizaran un lenguaje accesible, porque se dirigían a una población mayoritariamente analfabeta y a otra que no siempre entendería el lenguaje científico de los médicos. Al año siguiente se estableció la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, con la cual se inició una ascendente carrera de producción de propaganda y de programas de educación higiénica.

⁹ Landa, 1930.

SECCIÓN DE EDUCACIÓN HIGIÉNICA Y PROPAGANDA

En marzo de 1922, se reconoció la capacidad oficial de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda (SEHP) para organizar los programas educativos y diseñar los instrumentos necesarios para implementarlos.¹⁰ Su importancia como promotora de las actividades del Departamento fue confirmada y legislada años más tarde en el Código Sanitario de 1926. Dicho documento dedicó el capítulo XIV al rubro de educación y propaganda higiénica donde hizo referencia a que el Departamento estaba comprometido a desarrollar un constante servicio que difundiera los procedimientos y prácticas de higiene social e individual.¹¹ Explicaba que la sección tenía la libertad para utilizar los medios propagandísticos adecuados a los requerimientos de salud e higiene de la población y la responsabilidad de que la propaganda fuera extensiva a toda la República.

Recién instaurada la Sección se pensó en los destinatarios. Esto significó orientar la propaganda hacia dos grupos receptores bien definidos: los niños (en su primera estancia en la escuela) y los adultos. Las autoridades sanitarias pensaron que la propaganda dirigida al primer grupo era la más eficaz porque contribuía a la formación de nuevas generaciones que recibirían el programa de educación higiénica promovido desde el Departamento. Consideraron a los niños como “espíritus en formación”, que estaban exentos de hábitos viciosos establecidos; sin embargo, también aceptaron que, debido al escaso personal con que contaba la Sección y la falta de presupuesto, era la más difícil de realizar.¹² Por esta razón, los representantes de la SEHP conjuntaron esfuerzos con la Sección de Psicopedagogía y Educación Higiénica (SPEH) de la SEP en la promoción de la propaganda para los infantes.¹³ Dicha Sección jugó un papel destacado como promotora de las actividades realizadas por las Misiones Culturales para concretar los vínculos que desde el DSP era necesario establecer con el grupo de maestros

¹⁰ En el informe presidencial de Álvaro Obregón del 1º de septiembre de 1922 se anunció la formación del Servicio de Propaganda y Educación Higiénica.

¹¹ Departamento de Salubridad Pública, 1926, p. 70.

¹² *BDSP*, sección Servicio de Propaganda e Higiene, núm. 1925, p. 171.

¹³ Al reorganizarse la SEP durante el gobierno del general Plutarco Elías Calles se fundó el Departamento de Psicopedagogía e Higiene, que tuvo por objetivo vigilar la correcta observación de la higiene en las escuelas para el beneficio de alumnos y maestros. Se dividió en dos secciones: psicopedagogía e higiene escolar.

rurales.¹⁴ Por intermediación de la Sección de Psicopedagogía se solicitaban a dicho Departamento carteles, folletos, botiquines médicos y películas para llevar a las escuelas rurales. Las solicitudes de los maestros fueron numerosas y confirman que la comunicación entre ambas secciones fue una práctica frecuente, aunque no siempre resuelta favorablemente debido a la insuficiencia de material didáctico. Esta situación, por supuesto, se contradice con los extensos listados publicados en los *Boletines del DSP* en relación con la cantidad (miles) de carteles y folletos que se imprimieron después de 1929, cuando la SEHP contó con imprenta y taller de encuadernación que favorecieron una mayor producción.

La propaganda para los adultos fue tarea exclusiva del Departamento de Salubridad Pública. El doctor Ignacio Chávez, jefe de la Sección en 1925, opinaba que debían desarrollarse programas intensivos porque los adultos para quienes trabajaban eran individuos que tenían arraigados una serie de hábitos negativos incompatibles con los postulados higienistas del momento y no siempre fáciles de modificar; por ejemplo, opinaba que quien llevaba 30 años de escupir en el suelo, de dormir a puerta cerrada o de tomar el “aperitivo” antes de comer, era una persona a quien *un consejo* no convencería para modificar su conducta, porque el mal hábito ya había arraigado en forma de un vicio. Con optimismo, Chávez confiaba en que la *persuasión* era capaz de cambiar estas costumbres “más hijas de la ignorancia que del convencimiento”. Apeló entonces a promover una propaganda intensiva para que: “La voz que aconseja se deje oír hoy y mañana y constantemente, en el hogar, la escuela, en el taller, en la oficina, en el tranvía, en todas partes. Los prejuicios se minan, los errores se deshacen y los hábitos a la postre se modifican”.¹⁵

Hacia finales de la década de los años treinta y principios de los cuarenta la producción de la SEHP, que para entonces había cambiado su nombre a Dirección General de Educación Higiénica, era notoria. Una evidencia la ofrece la cantidad de colaboraciones de médicos que publicaron periódicamente

¹⁴ Sobre las Misiones Culturales están los libros publicados por la Secretaría de Educación Pública en 1928 y 1933. Las investigaciones de Engracia Loyo sobre la educación popular en México en el periodo posrevolucionario son una fuente indispensable para el tema. Otro acercamiento a las Misiones Culturales es a través del trabajo artístico (pictórico) en el interior de ellas. En una compilación realizada por el INBA-Conaculta y el Museo Estudio Diego Rivera encontramos interesantes artículos al respecto.

¹⁵ *Boletín DSP*, 1925, p. 172.

camente en el *Boletín*.¹⁶ El doctor Manuel González Rivera, a la postre jefe de la Sección, definía entonces la educación higiénica “como la suma de conocimientos aprendidos y prácticas adquiridas en la escuela o fuera de ella, que influyen favorablemente sobre la salud del individuo, de la comunidad o de la raza”.¹⁷

La experiencia de los primeros años ya permitía al gremio médico hablar de la educación higiénica como una práctica enraizada en las actividades del ámbito escolar y del hogar; incluso distinguían dos tipos: una general y otra especializada. La primera abordaba temas de higiene y profilaxis y se impartía a toda la población; la segunda estaba dirigida al personal del Departamento y ofrecía instrucción sobre las diferentes ramas de la medicina preventiva, que hacia 1936 se definía como el “arte científico que tiene por fin evitar la enfermedad y mejorar la salud”.¹⁸

Los egresados de la Escuela de Salubridad que participaron con el DSP en las comunidades practicaron y difundieron la educación higiénica en aras de alcanzar la especialización de las tareas educativas. También discutían cómo debía ser la “organización moderna de la propaganda” encaminada a alcanzar cuatro objetivos definidos: 1) la popularización de los

¹⁶ Everardo Landa, “La acción educativa del DSP”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1085-1094; Cayetano Andrade, “La importancia de la propaganda higiénica”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1113-1115; Ruiz Montiel, “¿Es de resultados prácticos la propaganda higiénica?”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1116-1117; Alfonso Guerras, “Automóvil: exposición higiénica ambulante para educación popular”, *BDSP*, núm. 4, 1930, pp. 1141-1146; Gustavo Uruchurtu, “La labor de la educación higiénica en México”, *BDSP*, núm. 2, 1943, pp. 309-330; Manuel González Rivera, “Procedimientos para impartir educación higiénica al público”, *BDSP*, núm. 2, 1943a, pp. 99-103. Del mismo autor, “Educación Higiénica y Política Sanitaria”, en *Salubridad y Asistencia*, núm. 13, enero-febrero, 1946, pp. 111-117, “La educación higiénica en el campo de la Eugenesia”, en *Salubridad y Asistencia*, núm. 15, mayo-junio, 1946, pp. 23-44, “La función social del radio como agencia de cultura colectiva especialmente en el ramo de la educación higiénica popular”, en *Salubridad y Asistencia*, marzo-abril, 1947, núm. 2, pp. 175-182, entre otros.

¹⁷ González Rivera, 1946b, núm. 13, p. 111.

¹⁸ Bermúdez, s. f., p. 7. Es importante destacar que esta definición fue recurrentemente empleada por los higienistas porfirianos como Luis E. Ruiz, quien definía la higiene como el arte científico de conservar la salud. Otros médicos de la época, como Luis Lara y Pardo y Manuel S. Iglesias, recalcaron en escritos y conferencias la importancia de velar por la salud de la mujer embarazada y por la niñez, a través de una educación higiénica completa. Al respecto de los planteamientos de estos médicos del Porfiriato sobre la importancia de la educación higiénica, véase Agostoni, 2007b, pp. 92-94, y Alanís Rufino, 2010, pp. 39-71.

principios fundamentales de la higiene; 2) la organización técnica de los medios de lucha contra las enfermedades; 3) la coordinación de actividades públicas y privadas, y 4) la lucha sistemática contra la influencia perniciosa del charlatanismo.¹⁹ Sin dudar, el doctor Gustavo Uruchurtu afirmaba que 50% del éxito de la labor sanitaria dependía de la obra “sistemática y metódica de la educación higiénica”,²⁰ aquella materia que ya preocupaba a los médicos del Porfiriato, quienes la hicieron pública en conferencias y tratados pero cuya difusión fue frenada por la Revolución de 1910.

En cambio, treinta años después, afirmaciones como la de Uruchurtu se reforzaban con lo establecido en la primera conferencia de Educación Sanitaria, celebrada en 1943, en la ciudad de Washington, donde la educación higiénica fue considerada como una parte fundamental para alcanzar el “progreso efectivo de las aplicaciones de la higiene en las colectividades”. Aún más importante que las anteriores reiteraciones sobre el incuestionable papel de la educación higiénica, Uruchurtu consideró que la discusión sobre la eficacia de los instrumentos educativos había sido lo más relevante al reconocerse que no había mejores ni peores y que cada uno cumplía su cometido.²¹

INSTRUMENTOS DE EDUCACIÓN Y PROPAGANDA SANITARIA

¿De qué serviría contar, como contamos, con recias organizaciones de lucha contra las epidemias si el público, no informado, las ignora y por consecuencia no practica los principios que aquellas transmiten?²²

La *propaganda sanitaria* está dedicada a difundir información para contrarrestar y prevenir enfermedades y como un mecanismo usado por el Estado para inculcar hábitos higiénicos entre la población. Para cumplir su objetivo, la propaganda requiere de instrumentos que lleven el mensaje de sus promotores hasta el público receptor para quien se pensó.

¹⁹ Uruchurtu, 1941, pp. 15-30. Gustavo Uruchurtu nació en Hermosillo, Sonora. Estudió en la Escuela de Medicina. Desempeñó los cargos de médico cirujano y director de Desinfección y de Educación Higiénica. También fue consejero consultivo de la Ciudad de México y autor de “Estudio de la mentalidad de los niños” y “Estudios sobre Educación Higiénica”, entre otros.

²⁰ Uruchurtu, 1943, p. 310.

²¹ Uruchurtu, 1943, p. 310.

²² Uruchurtu, 1943, p. 311.



Fotografía 4. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

La propaganda producida por la SEHP, desde el momento de su instauración en 1922, se dividió en tres grupos: oral (conferencias y transmisiones radiofónicas), gráfica (periódicos, hojas volantes, folletos y carteles) y audiovisual (películas). Su utilidad fue definida por sus promotores como “inicial” y “recordatoria”. La primera era principalmente documental y tenía por base la información oral de persona a persona, es decir, se trataba de propaganda para ser escuchada. También incluía la que debía ser leída en folletos, libros y revistas. La definida como “recordatoria” se basó en la repetición (visual y auditiva) de los mensajes que se difundieron a través de carteles o anuncios publicitarios, cine y radio.²³

Conferencias y transmisiones radiofónicas

Las pláticas fueron dictadas por médicos titulados y estudiantes de medicina que asistían a espacios públicos, como escuelas (primarias, secundarias, nocturnas, de policía y correccionales para mujeres), talleres, fábricas, prisiones, cuarteles, mercados, parques, sindicatos obreros, dispensarios y hospitales. Frecuentemente, las sedes de diferentes asociaciones sirvieron de foro para la presentación de conferencias. Su temática fue muy variada,

²³ González Rivera, 1944, p. 70.

sin embargo predominaron, entre 1920 y 1940, las dedicadas a enfermedades de transmisión sexual y crónicas (tuberculosis), el alcoholismo y sus repercusiones sociales, así como a consejos de higiene personal y colectiva; también hubo las conferencias dedicadas a enfermedades transmisibles (viruela, fiebre amarilla, paludismo, tosferina y tifo), sus causas, consecuencias y formas de prevención. Por ejemplo, en mayo de 1936, para llevar a cabo la Campaña de Higiene Bucal en las escuelas adscritas a la Secretaría de Educación Pública, los médicos opinaban que era necesario enviar a “personas expertísimas” a hablar del tema porque consideraban que la mayor parte del fracaso de la práctica de las alocuciones en vivo era “la mala calidad de los conferenciantes”.²⁴

Las pláticas ofrecidas en espacios públicos tuvieron una mayor difusión cuando se transmitieron por radio, los aparatos radiofónicos se distribuyeron en escuelas y las familias empezaron a adquirir los propios. Las transmisiones radiofónicas iniciaron en 1925 y 10 años después tenían una amplia cobertura en las 85 estaciones radiofónicas que existían en el país.²⁵ Gracias a Manuel González Rivera sabemos que las estaciones comerciales de radio tenían la obligación de ceder 10 minutos diarios para la educación higiénica popular, lo cual siempre hicieron con agrado.²⁶

La importancia que las autoridades de la Secretaría de Educación Pública otorgaron a la radio como agente educativo, sobre todo en las comunidades rurales, fue fundamental para la transmisión de conferencias y cápsulas sanitarias. Agustín Yáñez encabezaba, hacia 1933, la Oficina Cultural Radio Telefónica de dicha secretaría y fue uno de los principales promotores. En el artículo “Nuestro ayudante y amigo el radio”, Yáñez anunciaba el programa de la buena salud, y lo definía de la siguiente manera: “La buena salud requiere voluntad, vigilancia, trabajo; pero trabajo agradable, el más agradable de los trabajos el que la persona emplea en

²⁴ “Lineamientos para la Campaña Nacional de Higiene Bucal”, AHSEP, fondo Psicopedagogía e Higiene, caja 5171/19. Con excepción de algunas de estas conferencias que fueron publicadas en el *Boletín DSP*, en los periódicos nacionales de mayor circulación o en la *Gaceta Médica*, la mayoría solamente aparece registrada por el título y el nombre del ponente, lo cual dificulta conocer su contenido.

²⁵ Sobre radio campesina véase Palacios, 1999, pp. 52-59. Para una semblanza de la radio en México entre 1925 y 1955, véase Pérez Montfort, 2000, pp. 91-115. Para una historia de la radio en México de 1900 a 1930, véase Ornelas, 2006, tomo v, vol. 1, pp. 127-169.

²⁶ González Rivera, 1952, p. 146.

mejorarse a sí misma, en ponerse en condición de hacer más útiles cosas y en mayor número”.²⁷

Otro tipo de programas aconsejaban a las mujeres sobre un tema delicado para la época y el contexto rural: el desabasto de agua potable en las comunidades, lo cual repercutía directamente en la adopción de los esperados buenos hábitos higiénicos que reiteraba la educación higiénica y en la buena o mala salud de los pobladores. Algunas cápsulas radiofónicas indiferentes al tema recomendaron a los radioescuchas, principalmente a las mujeres, que aprendieran si es que tenían agua potable o un río cercano, a cuidarla.

El agua, el agua que embellece y fertiliza los campos te traerá alegría, salud y apacible belleza. Mujer campesina: no dejes pasar el agua que corre, sin aprovecharla como un tesoro, llévala a tu casa; ninguna visita tendrás como esta. Y aunque seas muy pobre, ella le pondrá a todos los tuyos, el más bello vestido, como la varita de plata de las hadas.²⁸

Incluso, contrariamente a quienes pregonaron que la pobreza de las comunidades campesinas obstaculizaba los propósitos de las campañas, en algunos programas de radio el mensaje explícito fue otro. Se insinuó que las condiciones en que vivían los campesinos tenían ciertas ventajas en materia sanitaria; es decir, los consejos radiofónicos revirtieron el significado de la pobreza y sus limitaciones en cuasi ventajas para los campesinos. En Radio Campesina se le hablaba nuevamente a la mujer de la siguiente manera:

Mujer campesina: cuida del aseo de tu persona, de tu casa de todos los tuyos. Tú no tienes cortinas en las ventanas de tu casa ni cubres el piso con gruesas alfombras. Alfombras y colgaduras no son más que nidos de microbios, refugio de enfermedades. Tú deja entrar el sol libremente y él pondrá en tu casa las más ricas colgaduras y sobre la tierra apisonada o sobre las limpias baldosas, la más bella alfombra. Tú deja entrar el sol libremente, dónde entra el sol, no entra el doctor.²⁹

²⁷ Yañez, “Nuestro ayudante y amigo el radio”, *El Maestro Rural*, tomo II, 15 de marzo de 1933, núm. 1, p. 29.

²⁸ Antena Campesina. Transmisiones de la XFX de la SEP dedicadas a los campesinos, por Alfredo Maillfert, *El Maestro Rural*, tomo II, 15 de marzo de 1933, núm. 11, p. 30.

²⁹ Maillfert, *El Maestro Rural*, tomo II, 15 de marzo de 1933, p. 30.

En la elaboración de éstas y otras cápsula participaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Educación Pública que trabajaron de manera conjunta, pero fue entre los médicos del Departamento donde localicé algunas opiniones sobre su utilidad. El doctor Manuel González Rivera elogiaba que la radio tuviera, por encima de otros instrumentos de educación higiénica, una ventaja enorme para los beneficios que esperaban de él, porque “penetra en todos los hogares, hasta la intimidad, hasta donde otros medios de publicidad a veces no pueden llegar. Nuestros mensajes de salud pueden ser recibidos hasta por personas incultas, por los analfabetos, pues para escuchar la radio, no es necesario saber leer”.³⁰ Además, el Departamento ya había identificado el uso cotidiano que el público daba a la radio y lo que buscaba en él: diversión, música y programas amenos; por lo tanto, en los intermedios de esos segmentos debían transmitir sus cápsulas informativas. Por eso, decía este médico, debían pensar en *spots* de salud breves, que constaran de menos de veinte palabras; se permitían hasta veinticinco y raramente treinta, pero nunca más de esta cantidad. También debían ser amenos, claros, enérgicos, significativos y precisos; además, debían cuidar su temporalidad y periodicidad para no promover acciones repetidas o atemporales.³¹

Por ejemplo, en la XFX, radiodifusora de la SEP, se transmitieron comunicados dos o tres veces por semana. Generalmente se pasaban a la audiencia en el espacio de transmisión de conciertos matutinos porque, según los organizadores, garantizaban un número mayor de radioescuchas. Además, se incitaba a que en vez de ir a la cantina, fueran a escuchar al maestro, quien probablemente tendría una radio para compartir. Si se trataba de consejos de higiene dirigidos a las madres de familia, entonces debían transmitirse en horario matutino mientras las mujeres realizaban el aseo de la casa.

La transmisión nacional involucró a radiodifusoras estatales con las que se establecieron convenios de colaboración con la Sección de Propaganda.³² Los registros encontrados en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud muestran el monitoreo que el Departamento de Salubridad Pública realizaba de la programación radiofónica para identificar la frecuen-

³⁰ González Rivera, 1944, núm. 5, pp. 67-74.

³¹ González Rivera, 1944, núm. 5, pp. 67-74.

³² Para 1935 se han encontrado documentos que revelan el envío de *spots* que debían ser intercalados en la programación diaria de las radiodifusoras locales, AHSEP, caja 5152, exp. 17-13-7-33 III/432/1, fs. 197-199, 1935.

cia de transmisión de sus notas y cápsulas informativas.³³ Hacia 1931, el locutor Manuel Bernal se convirtió en el *Tío Polito* para conversar con los niños sobre temas de salud. Por regla general, las radiodifusiones estarían a cargo del locutor de la estación de radio quien, como lo muestra la siguiente fotografía, grababa en el estudio, a menos que el Educador Sanitario reuniera las condiciones necesarias como timbre, tono e inflexiones de voz para hacerlas. A decir de Rivera González, “la facilidad de palabra y otras cualidades propias del buen locutor no eran comunes entre los médicos y todavía menos entre las enfermeras”.³⁴



Fotografía 5. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Existieron diferentes modalidades en el diseño de programas de radio (*sketchs* o propaganda animada, entrevistas, mesas redondas y programas) en los que participaron niños de escuelas, como en el programa “La Escuela y el Hogar” que se transmitió en 1946. Igualmente, se recurrió a las radiotransmisiones desde la sede de festivales organizados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tal y como se aprecia en la fotografía 6. La imagen, vista de frente, muestra en el segundo plano un estrado lleno de

³³ AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Servicio Jurídico, caja 34, exps. 7 y 8, agosto y noviembre de 1933.

³⁴ González Rivera, 1952, p. 148.

niños, pancartas, un médico con indumentaria blanca y, del lado izquierdo, a un hombre que viste traje y corbata, sentado en una silla y recargado sobre una mesa de madera. Este personaje, a quien identifico como un locutor, sostiene con su mano la bocina de un teléfono y sobre la mesa aparece el micrófono de la radio. Por su posición, parece que observa y habla al grupo de siete niños y niñas, quienes, de pie frente a él, sostienen sus banderines alusivos a la limpieza, el aseo, la higiene y la salud. Al verlos, describe los acontecimientos y transmite sus impresiones.



Fotografía 6. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Si bien hemos podido constatar la utilidad de la radio en la promoción de la educación higiénica, es una realidad que su estudio como instrumento educativo y un análisis más profundo sobre el contenido de las cápsulas preventivas e informativas o programas completos transmitidos en la primera mitad del siglo xx ofrece un interesante campo de estudio aún sin explorar.

Periódicos, folletos y carteles

El primer documento publicado por la Sección fue el periódico quincenal *Mensajero de la Salud*, de distribución gratuita. Además de consejos

higiénicos, en su última página incluía historietas con personajes populares que trataban, entre otros temas, la vacunación antivariolosa y el aseo en general. En 1923 se agregó a la edición del periódico un almanaque ilustrado.³⁵ Para 1925 se había suprimido su distribución, así que los responsables de la Sección buscaron alternativas para seguir promoviendo la publicación de periódicos, folletos y hojas volantes. Tal es el caso de los espacios editoriales que las autoridades consiguieron en la revista *La Antorcha*, que cedió media plana para fines de propaganda higiénica, y el semanario *La Tierra*.³⁶

No podemos dejar de lado los periódicos *El Sembrador* y *El Maestro Rural*, que a finales de la década de los veinte e inicios de los treinta jugaron un papel fundamental como intermediarios entre la Secretaría de Educación Pública, el Departamento de Salubridad Pública y los campesinos.



Fotografía 7. Portada del periódico *El Sembrador*.
 Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública.

³⁵ Más detalles del periódico en Agostoni, 2007b.

³⁶ *BDSP*, núm. 1, 1925, p. 50.

En materia de salud e higiene, su contenido se enfocó a difundir las bases para que los campesinos asimilaran hábitos higiénicos “modernos”, y a convencerlos de que la conformación de una comunidad con integrantes limpios y sanos, tanto física como mentalmente, era posible si atendían los consejos básicos de higiene y entendían la importancia social y cultural de llevar una vida saludable exenta de vicios y resabios, los que en lugar de beneficiarlos los perjudicaba.³⁷

Otra buena herramienta de propaganda higiénica impresa fue la compilación de cuentos de higiene realizada por el doctor Manuel González Rivera, profesor de la materia de educación higiénica en la Escuela de Salubridad, quien pedía a sus estudiantes que escribieran cuentos para deleitar a los lectores con su narrativa y transmitirles los mensajes de las enseñanzas aprendidas. Recomendaba no perder de vista que si su cuento era “humorístico”, evitaran caer en el ridículo y, si era “emotivo”, debían prescindir de sentimentalismos. Los cuentos de higiene cumplían mejor su función pedagógica si se trataba de “cuentos de costumbre”, en los que aparecían personajes de la vida real identificables fácilmente por los lectores.³⁸ En el libro, de muy sugerente título, *Doña Eugenesia y otros personajes*, Rivera González compiló algunos de estos cuentos para que circularan en las comunidades rurales por intermediación de médicos y enfermeras que trabajaban en ellas.³⁹ El libro incluía textos breves para cápsulas radiofónicas, volantes, pies de foto o textos para las diapositivas utilizadas en la pantalla de cine, con los cuales el lector podría recrear, entre otros, algunos casos de enfermos de sífilis, paludismo, viruela y el trabajo de educación higiénica de los médicos para prevenir el contagio.⁴⁰ Para su elaboración y edición no recibió apoyo económico o difusión de algún patrocinador gubernamental o particular, solamente el apoyo de sus estudiantes de la Escuela de Salubridad.

Los folletos que se imprimían en la Sección debían ser veraces, mostrar al lector ejemplos vívidos y, sobre todo, emplear un lenguaje llano, sin caer en “ridícula y prosaica vulgaridad”. Se sugería llamar a las cosas por su nombre, huir de tecnicismos incomprensibles y cuidar que las narraciones

³⁷ Gudiño, 2008, pp. 71-97.

³⁸ González Rivera, 1952, p. 174.

³⁹ En la presentación de su libro, el doctor González Rivera explica al lector que la intención de su compilación era el intercambio de experiencias entre el personal que colaboraba en las campañas sanitarias.

⁴⁰ González Rivera, 1946a.

fueran muy parecidas a la realidad de los destinatarios, para establecer una relación inmediata o mediata de causa y efecto entre el desaseo y la falta de higiene en general. La impresión de hojas volantes fue otro recurso propagandístico promovido por la Sección. Se trataba, en algunos casos, de un volante austero, en forma de tabloide y sin ilustraciones, que explicaba las causas de una enfermedad en particular.⁴¹ El objetivo de las autoridades al difundir este tipo de propaganda era que el público que las recibía formara con ellas un cuadernillo.



Fotografía 8. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Sin embargo, el uso de este material fue cuestionado por los médicos y brigadistas quienes, en convivencia directa con los habitantes, observaban lo que las familias hacían con ellos. Por ejemplo, el inspector sanitario B. Beltrán, en una conferencia que tituló “Algunas consideraciones acerca del servicio médico inspector sanitario. Causas que lo hacen parecer deficiente. Medios a que podría recurrirse para hacerlos más efectivos”, manifestó lo siguiente:

⁴¹ Cada hoja trataba una enfermedad en particular: tifo, viruela, gripa y tuberculosis fueron algunas de ellas. Salvo un ejemplar localizado en el fondo Folletería de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada, solamente se conocen fotografías de estas hojas volantes que han sido publicadas en el *BDSP*, núm. 1, 1925, p. 173.

Cuántas veces he visto hechos pedazos o en el escusado el folleto que ha dejado el Agente y cuántas también al preguntar por aquel o solicitar alguna ligera referencia de lo que prescribe, se me ha contestado que no recuerdan dónde lo pusieron o que no lo han leído.⁴²

Como alternativa, B. Beltrán propuso la impresión de calendarios con información sanitaria, ya que, además de formar parte del mobiliario de las casas, eran de utilidad en escuelas y oficinas; por lo tanto, había más posibilidades de que las personas los conservaran. También recomendó el uso de “banderitas”, que a diferencia de los “libritos” eran más útiles. Esta observación nos pone frente a un primer problema en cuanto a la recepción de la propaganda ya que, con una población mayoritariamente analfabeta, cualquier intento por informarlos mediante textos impresos anunciaba escasos resultados; por consiguiente, una alternativa fue el uso de carteles, murales o juegos infantiles que plasmaran con dibujos y colores los consejos sanitarios.⁴³

Según los informes de labores de la Sección de Propaganda y Educación Higiénica, en las décadas de los treinta y cuarenta produjo miles de carteles de manera independiente, y otro tanto en asociación con compañías privadas. Los producidos en la Sección abordaron temas específicos y se trataba de carteles cuya temática, ya fuera relacionada con alguna enfermedad en particular o con la promoción de la vacuna antivariolosa, propiciaba un diseño específico. Generalmente, su iconografía privilegiaba la figura del médico y los textos que completaban la ilustración aludían a su imprescindible asesoría. Un elemento visual utilizado en los carteles fue remarcar los contrastes de las representaciones entre individuos enfermos y sanos:

En un marco un hombre, proletario o no, sucio, astroso, mal peinado con la ropa en completo abandono. En contraste, el mismo individuo vistiendo la misma ropa, pero limpio, peinado, con pies, manos y cara bien aseadas. Hay

⁴² Beltrán, “Algunas consideraciones acerca del servicio médico inspector sanitario. Causas que lo hacen parecer deficiente. Medios a que podría recurrirse para hacerlo más efectivo”, *AHSS, SP, epid.*, caja 22, exp. 7, 23 de septiembre de 1922.

⁴³ Recientemente, Daniel Vargas Parra, en “Fisiología lúdica de la higiene, encauzamiento, profilaxis y dinámica de la energía”, ofrece una interesante mirada hacia un manual de juegos infantiles destinados a las escuelas rurales en 1938, como promotor de hábitos higiénicos y formador de la personalidad infantil. Véase bibliografía.

que hacer notar la repugnancia que inspira el primero y la profunda simpatía con que se ve al segundo. Presentar al obrero del campo o de la fábrica con la suciedad propia de su trabajo, a la salida de él e inmediatamente después, bañado y limpio. No importa exagerar los contrastes de los caracteres, con ello se hiere más profundamente la imaginación.⁴⁴

La manufactura de carteles y volantes también se realizó con el apoyo financiero que empresas particulares productoras de artículos de limpieza, higiene y medicamentos dieron a la SEHP. Las autoridades sanitarias lo llamaron “cooperación social”, y bajo ese rubro gestionaron con casas distribuidoras de pintura, pasta de dientes Colgate y jabones Palmolive. La siguiente fotografía es evidencia de que en actividades escolares o callejeras, los representantes de estas empresas distribuyeron entre los asistentes, niños en este caso, pasta de dientes Colgate y jabón Palmolive entregados por una mujer. Llama la atención que el niño parado detrás de ella sostiene en sus manos un ejemplar del periódico *Salud*.



Fotografía 9. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Sin duda, estas acciones garantizaban al Departamento una mayor distribución y la posibilidad de conseguir material y permisos para promover

⁴⁴ “Campana pro-aseo”, *El Maestro Rural*, junio de 1936.

su propaganda en edificios sede de las dependencias mencionadas.⁴⁵ Esto generaba una situación complicada debido a que los contenidos de la propaganda no siempre tuvieron como prioridad la higiene sino vender los productos que anunciaban.

Esta contradicción se agudizaba con determinados productos, porque, paradójicamente, una de las funciones de la SEHP era supervisar el contenido de la propaganda producida fuera de sus talleres y censurar la que contraviniera los dictados sanitarios, “para que a moción suya la autoridad competente impida que el pueblo adquiera nociones falsas sobre la manera de conservar su salud, tendremos que convenir en que ciertos anuncios hacen un mal impartiendo la noción opuesta a la que enseña el servicio de propaganda”.⁴⁶ El siguiente ejemplo es elocuente:

Hay por ejemplo en el Teatro Colón un anuncio de tequila en que dice que el tequila es causa de salud y vigor. El público sensato sabe ya que aquello es una enorme falsedad, pero entre los ignorantes, entre los niños y jóvenes inexpertos ese anuncio puede originar los primeros pasos hacia el alcoholismo. Y que no se diga que los anunciantes no tienen el propósito de causar daño con el anuncio porque lo que buscan es vender su mercancía y no ignoran que mientras más mercancía de esa se consuma en la República mexicana mayor será el número de alcohólicos, es decir de asilados en Hospitales y Manicomios.⁴⁷

Para 1927, el informe de la Sección dedicó un breve apartado a las actividades de un trabajador del Departamento que tuvo el cargo de “agente confidencial”, cuya tarea fue supervisar la propaganda mural que se fijaba en las calles, multar a los dueños de establecimientos comerciales que cu-

⁴⁵ Para 1926 se habla de 5 000 carteles sobre “Aseo de las Manos” y 5 000 sobre el alcoholismo y el aseo. En 1927, las gestiones realizadas con la Palmolive Soap Company con los fabricantes del dentífrico Listerine y la Casa Sanborn’s, entre otros, arrojan un promedio de 30 000 carteles, 10 000 láminas impresas sobre enfermedades venéreas, así como aportaciones económicas para la sección. El segundo trimestre de 1929 arrojó una producción 1 520 carteles y 23 146 tiras murales; véase *BDSP*, núm. 3, 1926, p. 172; *BDSP*, núm. 1, 1927, pp. 160-161; *BDSP*, núm. 3, 1929.

⁴⁶ Informe de Ignacio Chávez, jefe de la Sección de Propaganda y Educación Higiénica”, 1923, AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Servicio Jurídico, caja 3, exp. 7, f. 3. Expediente relativo a la censura de rótulos y anuncios comerciales.

⁴⁷ “Expediente relativo a la censura de rótulos y anuncios comerciales”, 1923, AHSSA, fondo Salubridad Pública, sección Servicio Jurídico, caja 3, exp. 7, f. 3. No ha sido posible identificar quiénes eran los agentes confidenciales. Véase *BDSP*, núm. 1, 1927, pp. 161-162.

brieran con su propaganda la del Departamento y remitir a las autoridades a “fijadores de carteles” que cubrían la propaganda de la Sección.⁴⁸ El doctor Everardo Landa, jefe de la Sección en 1930, manifestaba que, en efecto, la propaganda era un medio completamente indispensable en las campañas sanitarias y educación del público; sin embargo, consideró que el término “propaganda” era un poco adverso en tanto se le asociaba inmediatamente con la “acción utilitaria del reclamo comercial”.⁴⁹

En 1941, Gustavo Uruchurtu, jefe de la SEHP, manifestaba su satisfacción por el trabajo para controlar la propaganda “comercial charlatanesca”, profesional y farmacéutica, que se hacía diariamente a través de la radio y la prensa, ya que, según su informe mensual, se habían autorizado 730 productos medicinales, 205 productos para tocador, 157 anuncios sobre médicos, consultorios y clínicas y 98 sobre productos alimenticios. Se había multado solamente a 26, quienes tuvieron que pagar 12 150 pesos.⁵⁰ Sin duda, este trabajo con empresas particulares abre una serie de posibilidades de análisis sobre la postura ideológica y la línea, tanto editorial como gráfica, que debían tomar los representantes de la Sección en cuanto a los mensajes de la propaganda patrocinada por marcas comerciales.

Ahora pasemos de la propaganda gráfica y las alocuciones que viajaron a través de las ondas hertzianas, a recorrer un espacio cerrado en el que la inventiva de un equipo de médicos y museógrafos se conjugó para ofrecer al público de la Ciudad de México otra alternativa de educación higiénica.

Museo de higiene

El museo se ha impuesto la meritoria tarea de educar a las grandes masas del pueblo en un ambiente de higiene necesaria y convenientemente aplicada, no

⁴⁸ Este cargo, adscrito al DSP, hace recordar a los agentes “regulares” de la Secretaría de Gobernación hacia finales de la década de 1920 y principios de los treinta. Estos personajes realizaban trabajos de “interés” político para el secretario en turno. Guillermo Palacios destaca la participación del colombiano agrarista Julio Cuadros Caldas, quien fungió como Agente de Segunda en dicha dependencia y deja abiertas interrogantes sobre la función política y social de estos personajes, quienes ofrecen un atractivo tema de investigación; Palacios, 2000, p. 450. Desafortunadamente, lo que se sabe de los agentes confidenciales que trabajaron para el Departamento de Salubridad se limita a esta referencia que aquí citamos, sin describir sus funciones. Véase *BDS*, núm. 1, 1927, pp. 161-162.

⁴⁹ Landa, 1930, p. 1085.

⁵⁰ Uruchurtu, 1941, pp. 19 y 20.

limitándose solamente a inculcarles los conocimientos sino obligándolos a pensar higiénicamente.⁵¹

Desde los festejos del centenario de la Independencia, en 1910, se planeó la fundación de un museo de higiene en la capital mexicana. El pabellón diseñado en aquella fecha incluyó una exposición sobre higiene y salud que tuvo una favorable acogida del público que la visitó. En respuesta a esta reacción popular, el Consejo Superior de Salubridad propuso que la exposición fuera permanente y tuviera no un pabellón por escenario, sino un museo. Esta primera iniciativa fue truncada por el movimiento armado de 1910 pero la idea se retomó varios años después. Hacia 1930, algunos médicos mexicanos inspirados en la Exposición Internacional de Higiene realizada ese año en Dresden, Alemania, y emocionados por el automóvil-propaganda cuyo mayor atractivo fue “el hombre transparente” descrito como la maravilla anatómica de la exposición, retomaron la idea de hacer un museo mexicano.⁵² Además, en las ciudades estadounidenses de Cleveland, Rochester y Washington ya funcionaban museos de higiene que

⁵¹ Folleto *Ville de Bordeaux. Bureau Municipale d'Hygiene*, AHSS, fondo Salubridad Pública, sección Congresos y Convenciones, caja 16, exp. 8. La tradición museística en temas de higiene se inició en 1912 con la instauración del Museo de Dresden, Alemania. Su promotor fue el industrial Carlos Augusto Lingner. Los *museos de medicina* se organizan generalmente alrededor de hospitales y escuelas de medicina. Sus colecciones se conforman de piezas anatómicas, humanas y patológicas, instrumental médico y técnicas quirúrgicas. En México existían gabinetes de piezas anatómicas que no se encontraban en un museo propiamente. Después de la exposición de 1910, los doctores Fernando Zárraga y Alfonso Pruneda formaron el Museo de Medicina de la Facultad (que aún existe en el edificio del antiguo Colegio de Medicina). Los *museos de salud* tuvieron su origen en los pabellones de medicina y salubridad de las grandes exposiciones mundiales. Generalmente exhiben temas relacionados con anatomía, fisiología, medicina preventiva, alimentación y deportes. Por su parte, los *museos de higiene* se forman como dependencias de institutos científicos, como anexos de los departamentos de salubridad o consecutivamente a exposiciones o ferias. Se especializan en temas de profilaxis de diferentes enfermedades, conservación y protección de alimentos, ingeniería sanitaria, agua potable, drenajes, etcétera. Como veremos más adelante, el museo mexicano se ajustó a esta definición y para su apertura se aplicaron novedosos métodos museográficos que permitieron que el público visitante interactuara con los objetos allí exhibidos. Su objetivo era “educar higiénicamente” y sus promotores buscaron la mejor forma de lograrlo.

⁵² Guerras, 1930. Este autor anunciaba que la fábrica alemana que elaboró el automóvil estaba dispuesta a dar condiciones especiales de venta al gobierno mexicano. Afirmaba que en ese coche podían representarse todos los motivos higiénicos, entre los que destacaba este “hombre transparente”, útil para explicar el organismo humano.

servieron de modelo e inspiración para el mexicano. A inicios de 1944 se comisionó al doctor Manuel Urrutia para que tomara un curso en el Museo de Salud de Cleveland⁵³ y visitara personalmente los de Rochester, Nueva York, Washington, Filadelfia y Baltimore.

El 9 de febrero de 1944, el remodelado convento de Corpus Christi abrió sus puertas para albergar al museo, y el doctor Gustavo Baz, recién nombrado Secretario de Salubridad y Asistencia, encabezó el “Festival en el Museo de Higiene” (como lo tituló la prensa nacional).⁵⁴ El nuevo espacio contaba con diferentes “circuitos” —así llamaron a las salas de exhibición. Su orientación fue temática y se dividió, entre otros, en higiene de la alimentación, bucal y de la habitación. Lo atractivo de este primer circuito fue la posibilidad de que los visitantes manipularan una serie de máquinas que indicaban, por ejemplo, cuál era el valor nutritivo y el costo económico de llevar una alimentación sana:

Otros aparatos que poseen la forma de un hombre muestran al pisar un botón la cantidad y clase de alimentos que se requiere normalmente para adquirir hierro, calcio y vitaminas [...] Otro aparato hace una curiosa operación y tiene un vistoso letrero que dice: duplique usted con menos dinero el valor nutricional de sus alimentos [...] Otra palanca gira y se ven los alimentos que se pueden comprar por solo 10 centavos.⁵⁵

A la par de estas máquinas se instalaron cuadros compuestos por piezas de cera en forma de alimentos a las que se agregaron una serie de preguntas relativas al valor nutricional de cada uno de ellos. Si las respuestas allí exhibidas no satisfacían las dudas del visitante, éste podía depositar su pregunta en un buzón instalado al final del circuito y días después recibiría por correo una respuesta más completa.

⁵³ Este Museo se fundó en 1936. Su primer director fue el presidente de la Academia de Medicina de Cleveland, quien junto con un grupo de médicos, dentistas y líderes de comunidad trabajó en él. El museo abrió al público en 1940 y desde entonces ha impartido educación higiénica e información a otros museos.

⁵⁴ La comitiva que asistió a la inauguración estuvo encabezada por el doctor Gustavo Baz y contó con la asistencia de los doctores Manuel González Rivera, director general de Educación Higiénica; Manuel Martínez Báez, subsecretario del Departamento de Salubridad; Manuel Urrutia, director del Museo, y Fernando Villaseñor. También asistió J. O. Hinmann, representante de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos.

⁵⁵ “Inauguración en México de un Museo de Higiene”, *El Universal*, 6 de febrero de 1944.

El segundo circuito trató la prevención de enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el paludismo. De una manera original, por medio de una serie de nueve retratos, se aprendía a identificar a los enfermos de tuberculosis: “Usted no puede decirlo sólo por apariencia ni tampoco podría decirlo un médico, se necesita haber tomado una radiografía de sus pulmones para saberlo pues a pesar del aspecto saludable seis de ellos están enfermos”.⁵⁶

En un ejercicio de intuición y un juego de suerte, si al oprimir el botón se encendía una luz roja (señal de que habían acertado) la siguiente escena era una radiografía que mostraba los síntomas de la enfermedad y aconsejaba al espectador la importancia de conocerlos y estar atentos a ellos. Para explicar el origen del paludismo y hacer conciencia sobre su presencia en el país, se utilizaron maquetas y un mapa de la República Mexicana. Se explicaba con detalle cómo evitar la reproducción del mosquito *anopheles* (transmisor de la enfermedad) y cómo atender a un enfermo de paludismo.

En la planta alta del recién inaugurado museo se encontraban los circuitos de maternidad, venerología, vacunación antivariolosa e higiene industrial. Allí se ofrecía al público asesoría personalizada. La museografía se completaba con fotografías, dibujos, figuras de bulto, etcétera. También se anunciaron exhibiciones cinematográficas que tendrían lugar todos los días en horario matutino y vespertino; de hecho, el día de la inauguración se presentaron dos películas; desafortunadamente, ninguna de las fuentes consultadas publicó los títulos.

Los primeros cuatro años de actividad del museo fueron muy productivos porque hubo exposiciones y una participación interactiva entre el personal que allí laboraba y los visitantes. Además, ayudó su ubicación porque los ventanales de la fachada principal estaban sobre la transitada avenida Juárez, en el centro de la Ciudad de México, y fueron aprovechados como dioramas en los que se exhibieron llamativas figuras bidimensionales que se cambiaban periódicamente y atraían a la gente hacia su interior. El museo cumplía con su misión didáctica y se había erigido como un centro educativo, pero por una “orden superior”, a mediados de 1948, cambió de sede y ocupó un edificio de dos pisos ubicado en la esquina de las calles Donceles y República de Chile. La planta baja tenía locales comerciales, así que se instaló el museo en el segundo y el tercer piso. De inmediato se notó

⁵⁶ “Inauguración en México de un Museo de Higiene”, *El Universal*, 6 de febrero de 1944.

la falta de visitantes. Los transeúntes curiosos que paseaban por la avenida Juárez y eran atraídos con los dioramas se alejaron y no quedó otra opción que salir a la calle a buscarlos. Los directivos decidieron que atraer al público estudiantil era una buena opción porque en ellos estaba “la salvación del México del mañana” y el museo contribuía a educarlos con sus exposiciones. La siguiente fotografía es representación nítida de este intento.

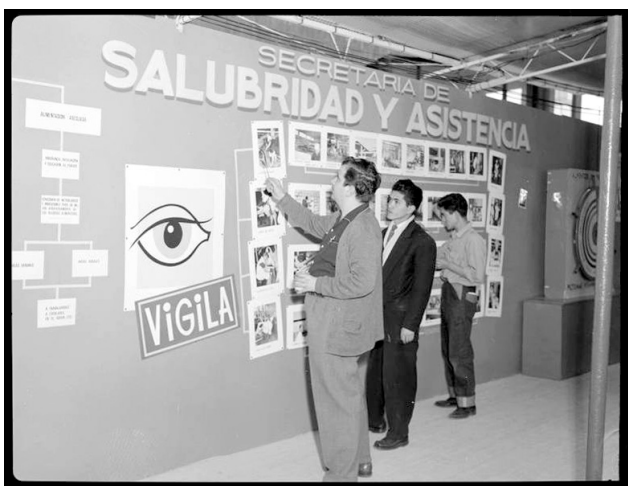


Fotografía 10. Acervo del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

En la nueva sede fue necesario adecuar el mobiliario y el diseño de las exposiciones para un público infantil, lo cual propició la construcción de objetos y mesas interactivas nuevas. Cuando parecía que el museo retomaba su dinámica de trabajo, un nuevo cambio de sede vino a retrasarlo todo. Esta vez se movió a un edificio en Donceles núm. 39 y tuvieron que pasar tres meses para que se reinaugurara. Eso sucedió en julio de 1949. Nuevamente se construyó mobiliario adecuado, se diseñaron mesas temáticas y se trabajó con figuras de cera para exhibir algunos trastornos ocasionados por las enfermedades. Las funciones de cine se regularizaron y las carteleras fueron atractivas: se anunciaron los cortometrajes realizados por Walt Disney unos años atrás, de los cuales hablaré con detalle en el capítulo cuatro.

El museo propició la formación de una estructura educativa más permanente al establecerse en un espacio definido y conjuntar diferentes instrumentos de educación higiénica. Según los informes, que aseguran una asistencia numerosa y constante, puede hablarse de un público que a mediados de los años cuarenta visitaba el museo por voluntad propia y

estaba interesado en informarse sobre el valor de la higiene y el cuidado de la salud.



Fotografías 11 y 12. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

La propaganda y los programas de educación higiénica parecían haberse integrado a la vida de una buena parte de los mexicanos de la capital, porque el museo se posicionaba como un intermediario material y tangible entre el

público y las políticas de salud pública. Por eso, su creación fue justificada por los médicos de la época como una alternativa didáctica que, además de ayudar a sensibilizar a los visitantes en el aprendizaje de hábitos higiénicos y el cuidado de la salud, significaba la representación de la “modernidad sanitaria”, tan anhelada desde finales del siglo XIX. Por si fuera poco, México se ponía a la par de Alemania y Estados Unidos, que contaban con sus respectivos museos, y se posicionaba como pionero en la materia en América Latina.

Por ubicarse en la Ciudad de México, el público asistente al museo, en las diferentes sedes que tuvo a lo largo de siete años, fue mayoritariamente capitalino, así que los directivos interesados en incluir a la mayor cantidad de población diseñaron visitas guiadas y trazaron la ruta de un “autobús parlante” que recorrería el país llevando consigo exposiciones itinerantes.⁵⁷ No hay evidencia de la ruta de este autobús parlante pero sí existen registros fotográficos de exposiciones que se realizaron en ciudades de provincia algunos años después del auge del Museo de Higiene, lo cual representa, entre otras cosas, que la práctica museográfica itinerante se erigió como una importante estrategia educativa y propagandística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de la Dirección de Educación Higiénica y, posteriormente, de la Dirección de Promoción de la Salud, como en la actualidad se conoce a la antaño Sección de Educación Higiénica y Propaganda.

Cine

En sus primeros números de 1925, el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* publicó los títulos de películas, principalmente estadounidenses y alemanas, utilizadas en el marco de las campañas de salud. Tal es el caso de las estadounidenses *The End of the Road* (1919) y *Fit to Win* (1919), así como la alemana *Falso Pudor*,⁵⁸ que se exhibieron durante la

⁵⁷ “Crónica de la inauguración del Museo”, *Boletín de Salubridad y Asistencia*, núm. 1, enero-febrero de 1944, pp. 59-66.

⁵⁸ Respecto al envío de películas alemanas, de las cuales desconocemos los títulos (originales o traducidos), los representantes de la Sección opinaban que se trataba de cintas con un argumento que combinaba el interés humano y artístico con el fondo educativo: “han sido producidas por especialistas germanos, que se dedican a proveer de material a los dispensarios y oficinas de salubridad de su país” (*BDSP*, núm. 1, 1927, pp. 214-215). Carmen Zavala en su reciente tesis doctoral dedica un apartado al análisis de esta película. Véase Zavala, 2015, pp. 286-289.

Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (1927) y de las que hablaremos a detalle en el siguiente capítulo.⁵⁹ Por su parte, la Secretaría de Educación Pública contó, desde 1921, con una oficina de cinematografía que buscó “hacer del cine un medio de orientación cultural y educación de las masas de la ciudad y el campo aprovechando el gran valor emotivo que este arte posee”.⁶⁰

La traducción o doblaje de los cartones que se intercalaban entre escenas en películas silentes y, después de 1931, el doblaje de los diálogos en las películas habladas, debió ser una prioridad de la sección de educación higiénica; sin embargo, la única referencia encontrada al respecto se refiere al envío de una serie de películas de la National Motion Picture Company (Indianápolis, Indiana) que fueron traducidas por el doctor Manuel Martínez Báez, jefe de la Sección, en 1930.⁶¹ Por si fuera poco, a la oficina cinematográfica de la SEP llegaron constantes quejas para denunciar la irresponsabilidad de los dueños de cines al exhibir películas habladas en otro idioma. Eugenio Gaudry, propietario de Cine-Aduana México y fervente crítico de la “americanización” del mexicano por influencia del cine estadounidense, afirmaba:

En el espectáculo cinematográfico el que lleva la peor parte es el público; en efecto, paga caro un espectáculo en un idioma que no entiende, con la agravante de que los títulos en español o son incompletos o destruyen la armonía de la película, porque horripila oír hablar la pantalla en un idioma que no es

⁵⁹ En un trabajo reciente, Fabián Herrera reproduce la lista de títulos que el DSP envió para colaborar con el catálogo de películas educativas que planeaba elaborar el Instituto Internacional de Cinematografía Educativa de Roma, lo cual nos habla del intercambio institucional entre países. Véase Herrera León, 2008, p. 246.

⁶⁰ Carta de Agustín Velásquez Chávez al secretario de Educación que sugería hacer una junta con los jefes del Departamento para formar itinerarios y calendarios de proyecciones, AHSEP, Departamento de Bellas Artes, Difusión Cinematográfica, 17-10-6-35, 1935, 32 fs. Alfredo Herrera López presentó en su tesis de licenciatura la lista de 53 cajas con 1 600 expedientes del Fondo del Departamento de Bellas Artes del Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública, de la cual la parte correspondiente a cine arroja valiosa información sobre lo existente en este archivo. Véase Herrera López, 2008, pp. 47-64.

⁶¹ *Salubridad*, núm. 3, julio-septiembre de 1930, p. 857. La transición del cine silente al sonoro y después al hablado propició un sinfín de desacuerdos entre las personas involucradas con la producción, dirección y crítica cinematográfica. Es, sin duda, un tema apasionante del que solamente haré mención de manera independiente. Para detalles sobre esta polémica (en México) se sugiere Reyes de la Maza, 1973.

el nuestro sin que ninguna escena tenga continuidad, como pasa cuando los títulos no son impresos en las fotografías.⁶²

Fue hasta inicios de la década de los cuarenta y a la par de la proyección de los cortometrajes para la campaña Salud para las Américas, dirigidos por Walt Disney y cuidadosamente doblados al español, cuando los títulos de películas registrados en los *Boletines* y el anuncio de que se creaba el Comité Cinematográfico de Salubridad mostró que ya se producía cine mexicano sobre temas de salud. Ahora sabemos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia produjo sus propias películas, que respondían a las necesidades sanitarias del momento. Así, las campañas de salud, organizadas por la SSA entre 1940 y 1960, inspiraron la realización de documentales para combatir la tifoidea, el paludismo, el mal de pinto, la viruela, la rabia, la tuberculosis y la poliomielitis, entre otras enfermedades. Asimismo, buscaron despertar entre la población infantil y juvenil interés para que se integraran a brigadas juveniles, y entre las mujeres para que se formaran como enfermeras auxiliares, entre otros temas. Pero éste es tema de los capítulos cuatro y cinco.

Por la cantidad de salas de cine que tenía la capital es de suponer que las películas fueron más vistas en la Ciudad de México; sin embargo, no conviene perder de vista el carácter trashumante de las campañas y el interés por mostrarlas en comunidades rurales.⁶³ Cuando se exhibieron en la ciudad, generalmente se presentaron en horario de matinés con entrada gratis. Esta promoción resultaba atractiva y la afluencia de espectadores a las salas cinematográficas fue numerosa, tal como lo demuestran una serie de fotografías de la época en las que se observan las mantas que anunciaban las películas y numerosos grupos de personas a la entrada de los cines y sentados en las butacas de la sala.⁶⁴

⁶² “Proyecto para evitar la americanización que envía Eugene Gaudrey al Jefe del Departamento Central del D. F.”, AHSEP, sección Bellas Artes, 1-15-8-96, 5 de diciembre de 1931, f. 13.

⁶³ En 1930 había 830 salas cinematográficas en todo el país y 126 de ellas tenían sistema sonoro (Aboites y Loyo, 2010, p. 615). El tema de las salas cinematográficas y su valor como uso de socialización y difusión de la cultura en la ciudad de Aguascalientes es tratado por Reyes Díaz, 2012.

⁶⁴ Entre los cines donde se proyectaban estas cintas estaban el Manuel Briceño, Goya, Isabel, Capitolio, Teresa, Mundial, Alarcón y Monumental de la Ciudad de México. Las fotografías pueden verse en *BDSF*, núm. 2, 1928, pp. 153, 155 y 159.

La posibilidad de que este material se conociera en los estados de la República, y particularmente en las comunidades rurales, dependió de varios factores. Primero, de que hubiera suficientes copias para enviar al interior del país; segundo, de la colaboración de los brigadistas para darlas a conocer y, tercero, de que la comunidad contara con cinematógrafo, lo cual era poco probable. En casos contados, se dotó a las brigadas sanitarias de aparatos de cine móviles, como sucedió con una que trabajaba en Ixmiquilpan, Hidalgo, a la cual se le proporcionó un aparato de cine Filmo para que proyectaran películas de temas higiénicos.⁶⁵



Fotografías 13 y 14. Acervo del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

⁶⁵ “Informe del Servicio de Educación Higiénica”, *Salubridad*, vol. vi, núm. 1, 1935-1936, pp. 78-79.

Si la comunidad tenía cine, el dato era destacado en los informes de trabajo de médicos, sanitaristas y maestros⁶⁶ y, como veremos en los siguientes capítulos, siempre se buscó la mejor manera de improvisar una sala de cine o conseguir los espacios adecuados para proyectar las películas. La mayoría de estos cortometrajes, particularmente los mexicanos filmados en la década de 1960, incluyeron en su trama parte de ese discurso modernizador y nacionalista que encontró eco en las campañas de salud y en la difusión de una cultura sanitaria para la población del momento. Sin duda, este material fue un valioso instrumento de educación higiénica que se ha convertido hoy en día en un documento histórico que permite, entre otras cosas, una lectura retrospectiva de los temas, prioridades sanitarias y mensajes propagandísticos que la SSA quiso inculcar entre los espectadores.

Dibujantes y directores de cine

He planteado en la introducción de este libro que la propaganda se erige como un espacio donde interactúan diferentes actores sociales que la crean y la transforman. En el caso particular de la propaganda higiénica, generalmente fueron médicos los autores intelectuales de sus contenidos, y los diseñadores artísticos o creativos, como defino a dibujantes y cineastas, captaron estos contenidos y los transformaron en dibujos o imágenes en movimiento traduciendo la información médica a un lenguaje comprensible para la gente.

Por ejemplo, los carteles impresos para las diferentes campañas de salud fueron diseñados por los dibujantes de la SEHP asignados a diferentes oficinas o direcciones de área. Algunos ejemplos localizados en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud remiten primero al trabajo de un dibujante comisionado a la Dirección de Higiene Veterinaria para realizar una serie de acuarelas de piezas anatómicas de animales;⁶⁷ después, a otros dibujantes que trabajaron para la Campaña contra la Oncocercosis, de la década de 1950. Como puede apreciarse en la siguiente fotografía, los dibujantes en sus respaldos tienen montados, en un caballete y sobre la mesa, dos láminas que muestran la epidemiología de la enfermedad en cuestión.

⁶⁶ Existen cientos de informes de trabajo en los que se justificaba la solicitud de películas informando que la comunidad contaba con cine o al menos una sala de proyección.

⁶⁷ "Informe de la Sección Editorial", *MDSP*, junio de 1931-julio de 1932, p. 194.



Fotografía 15. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Personajes destacados, como el arquitecto José Villagrán García, quien al inicio de la década de 1940 encabezó el llamado Proyecto Hospitales junto con el doctor Gustavo Baz Prada, comenzó en los años veinte como acuarelista del Departamento de Salubridad Pública. Sabemos que reconocidos artistas, exponentes de la Escuela Mexicana de Pintura, colaboraron con la SEHP. Tal es el caso del pintor Manuel Rodríguez Lozano, quien ingresó como dibujante de la Sección el 20 de enero de 1925, con un sueldo de 450 pesos diarios, y del grabador Leopoldo Méndez, de quien se ha identificado un grabado e ilustraciones para la Beneficencia del Distrito Federal.⁶⁸

Recientemente identifiqué a un grupo de cineastas mexicanos que dirigieron y produjeron cortometrajes de salud en las décadas de los cincuenta y sesenta. Algunos de ellos son: Francisco del Villar, Adolfo Garnica, Felipe Morales, Juan Hernández Bravo y Demetrio Bilbatúa, quienes recurrieron a la filmación del *modus operandi* de una campaña de salud para mostrar al espectador desde la etapa de planeación en las instalaciones de la SSA hasta la llegada de las brigadas sanitarias al lugar de destino. Estas

⁶⁸ El expediente personal de Manuel Rodríguez Lozano se encuentra en AHSS, SP, Personal, caja 62, exp. 12, 1925. El cartel de Leopoldo Méndez, AHSS, Beneficencia Pública, Junta Directiva, legajo 7, exp. 9, 1931.

actividades, incluyeron las de educación higiénica con funciones de teatro guiñol o cine, en las que los niños y adultos asistentes siempre se muestran sonrientes disfrutando el espectáculo. Otra característica importante fue mostrar el alcance nacional de las campañas y que esto se hizo con filmes en zonas ixtleras, cafetaleras, comunidades agrarias y de pescadores para dar la imagen de una Secretaría dinámica y atenta a las demandas sanitarias del momento. Llama la atención que los capitalinos, como si no se enfermaran, fueron menos representados, y cuando eso sucedió las historias se asociaron con las adicciones y la locura. La filmografía revisada hasta el momento demuestra que era frecuente presentar a la “gran ciudad” como generadora de situaciones de desamparo, pobreza y desempleo que, por si fuera poco, incentivaban la tendencia alcohólica o drogadicta de sus personajes, principalmente varones; como contraparte, se reforzó una versión idílica de la vida tranquila y saludable del campo.⁶⁹



Fotografía 16. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Otra trama recurrente en el cine de salud fue fortalecer los llamados “ejércitos sanitarios”, conformados por médicos, enfermeras, brigadistas, vacunadores, trabajadoras sociales y maestros rurales, a quienes dedicaron

⁶⁹ Varios cortometrajes del acervo de la SSA tratan el tema de la migración del campo a la ciudad y uno de sus recursos fue mostrar esos contrastes.

sugere documentales que enaltecían su labor y recreaban los problemas cotidianos que enfrentaron. Así, en las siguientes dos fotografías, son la trabajadora social, quien revisa las manos de una niña, y un grupo de enfermeras atentas a la clase de anatomía, las actrices centrales en las respectivas filmaciones. Sin duda, el dar seguimiento a los creativos de la propaganda sanitaria y sus productos es un tema fascinante aún por trabajar.



Fotografías 17 y 18. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

Distribución de la propaganda sanitaria

Hacia finales de la década de 1920, por medio de acciones que las autoridades sanitarias llamaron *giras de propaganda*, se convocó al personal de las delegaciones para que designara a un médico de su adscripción que recorriera los pueblos cercanos distribuyendo folletos y carteles, exhibiendo películas, así como dictando conferencias de higiene y salud.⁷⁰

La respuesta de las delegaciones fue casi inmediata y los médicos en los estados enviaron a la Sección sus propuestas de itinerarios para los recorridos de distribución de propaganda, el tiempo de estancia en las comunidades y los temas de las conferencias para presentar en cada gira. El diseño de las rutas estuvo condicionado a la situación política del estado donde trabajaban los médicos. Para finales de la década de los veinte, época de mayor movilización de las brigadas sanitarias después de la Revolución de 1910, los estragos de la guerra cristera en los estados de Michoacán, Jalisco y Querétaro, principalmente, dificultaron o incluso paralizaron el trabajo de las brigadas. En repetidas ocasiones, los médicos manifestaron las dificultades que enfrentaban para llegar a los pueblos, ya fuera por falta de transporte o por la inseguridad de ciertos lugares que ponían en riesgo su vida. Por ejemplo, en marzo de 1929, el bacteriólogo Ernesto Meana fue comisionado al estado de Querétaro para realizar la gira, pero manifestó que suspendería su visita a los pueblos de Jalpan, Colón, Bernal y Cadeyeta, ya que estaban “constantemente amagados por bandoleros”.⁷¹

Los informes de los médicos que realizaron sus giras sin contratiempo sirvieron a las autoridades sanitarias para cumplir dos objetivos. El primero fue llevar un seguimiento de las comunidades visitadas para elaborar un *mapa sanitario* del país; es decir, les interesaba ubicar geográficamente los lugares y los alcances o limitaciones del trabajo conjunto que realizaba el personal del Departamento de Salubridad con las redes estatales (delega-

⁷⁰ “Aviso de giras de Propaganda propuesta por el Departamento de Salubridad Pública, primer trimestre 1929”, AHSSA, SP, STPF, caja 10, exp. 16. Algunos estados incluidos en esta gira fueron Guanajuato, Jalisco, Chiapas, Campeche, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Zacatecas. Fue una situación no siempre fácil de llevar a cabo porque la designación de los médicos de las delegaciones para trabajos de difusión propagandística implicaba que descuidaran sus actividades médicas e incluso se ausentaran de la delegación a la que estaban adscritos.

⁷¹ “Informe del bacteriólogo Ernesto Meana en Respuesta de la Delegación Federal de Querétaro”, marzo de 1929, AHSSA, SP, STPF, caja 10, exp. 16, s. f.

ciones sanitarias, unidades sanitarias y la coordinación y cooperación de servicios sanitarios federales y locales) que para la década de los treinta ya existían.

El segundo objetivo fue administrar la distribución de folletos, carteles, hojas volantes y películas que desde la SEHP se enviaban a los estados por mediación de las delegaciones sanitarias. Para asegurarse de que podían lograrlo, la Sección se propuso llevar un detallado registro del destino y uso que se daba a este material; para tales efectos envió a los delegados sanitarios una circular con la siguiente advertencia:

El Departamento de Salubridad Pública se ha enterado del uso indebido que se hace de la propaganda impresa que se envía a las delegaciones, olvidando el objetivo al que está destinada y el costo que su hechura ha tenido para el erario nacional. El jefe ordena se vigile estrechamente el uso del material de propaganda, procurando emplearlo del mejor modo posible.⁷²

Las respuestas de las delegaciones dejaron al descubierto dos cosas. Por una parte, lo difícil que fue para la Sección controlar la distribución de la propaganda porque no siempre contó con el apoyo de los delegados para efectuar a cabalidad las propuestas que les enviaban; por la otra, se evidenció que la producción y el reparto de la propaganda no fue ni tan numeroso ni tan eficiente como lo publicaban los *Boletines* del Departamento. En efecto, de las quince respuestas revisadas —son las que conforman el expediente—, solamente los delegados de los estados de Nuevo León y Jalisco aceptaron acatar la petición. El resto denunció que no recibían material suficiente para difundirlo entre la población, por lo que más bien aprovecharon la circular para solicitarlo.⁷³

Este tipo de circulares, aunadas a los informes de trabajo y cartas, conservan un tono similar. Sus autores coincidieron en argumentar que la pobreza de las comunidades, las condiciones insalubres, la ignorancia y la apatía de la gente eran problemas difícilmente reversibles que obstaculizaban su labor médico-sanitaria. A lo anterior añadieron otros impedimentos, como la insuficiencia de personal, la escasez de medicamentos y el retraso con el

⁷² Circular núm. 16, firmada por el doctor Ayala, Secretario General del DSP, 20 de marzo de 1929, AHSSA, fondo Salubridad Pública (en adelante SP), sección Salubridad en Territorios, Puertos y Fronteras (en adelante STPF), caja 10, exp. 17.

⁷³ AHSSA, SP, STPF, caja 10, exp. 17, Circular núm. 16, 20 de marzo de 1929.

que recibían la propaganda. También lo fue la falta de caminos y transporte para llegar a las comunidades, la negligencia de algunos integrantes de las brigadas sanitarias y la práctica de la medicina tradicional. A pesar de este panorama adverso, muchos de ellos no decayeron en su intento por seguir solicitando a las instancias correspondientes los implementos necesarios; tuvieron que buscar alternativas para resolver los problemas inmediatos y, por esta razón, más allá de las descripciones del campesino y su entorno higiénico-sanitario, lo que interesa es rescatar en el siguiente apartado el papel desempeñado por los intermediarios sanitarios.

Intermediarios sanitarios

Según Michel Vovelle, un *intermediario cultural* es un individuo “no pasivo” que debe ser considerado en términos dinámicos. Reviste diferentes formas y funge como un “agente de circulación”, que bien puede desempeñar el papel de guardián de ideologías dominantes, como el de vocero de revueltas populares.⁷⁴ Este doble papel responde a que se encuentra ubicado tanto en el mundo de los dominantes como en el de los dominados, y eso lo sitúa en una posición excepcional y privilegiada, pero también ambigua, porque, generalmente, su permanencia en las comunidades los compromete a difundir el conocimiento entre la gente con la cual conviven y a quienes también sirven.⁷⁵ Por tradición, los “intermediarios obligados” han sido el cura, el médico, el notario y los maestros de escuela. En este libro los personajes *intermediarios* son los médicos, maestros y salubristas; con excepción de los últimos, se trata de aquellos “intermediarios obligados” reconocidos por Vovell. Estos tres tipos de profesionistas dieron atención médica a la población, fungieron como portavoces de las autoridades sanitarias y, por supuesto, promovieron la propaganda sanitaria. Como veremos en los siguientes capítulos, también fueron “los estelares” en documentales que representaron el trabajo de cada uno de ellos.

Desde los años veinte, las autoridades sanitarias mexicanas definieron su “tipo ideal” de *intermediario* como aquel individuo con “el espíritu de sacrificio de un apóstol, la disciplina de un soldado, la abnegación

⁷⁴ Vovelle, 1985, p. 166.

⁷⁵ Vovelle, 1985, p. 166.

de un maestro y su buena disposición para comunicar sus conocimientos a los demás”.⁷⁶ Por si fuera poco, debía tener nociones de dibujo, afición por el cine y conocimientos sobre el funcionamiento de una radiodifusora. Y no olvidemos que además desempeñaron, cada uno, el trabajo propio de su oficio: medicar, dar clases, vacunar y tomar muestras de sangre. También fueron los encargados de promover la educación higiénica al difundir la propaganda, dictar conferencias y organizar giras para invitar a festivales culturales y a las funciones de cine que amenizaban las campañas de salud. Su trabajo los hizo blanco de un sinnúmero de actos de resistencia y acciones violentas de personas que, por desconocimiento, negligencia, prepotencia o desconfianza, los agredieron verbal y físicamente e impidieron muchas veces que cumplieran con su trabajo. Con sus testimonios y en los escenarios más áridos y a veces ingratos, cada uno de ellos ha contribuido a reconstruir la historia social de la salud pública en México en el siglo xx.

Médicos

Este grupo de *intermediarios sanitarios* lo encabezaba un médico titulado. Como ya vimos en el primer capítulo, después de realizado el primer Congreso de Higiene Rural y con los datos aportados por Miguel Othón de Mendizábal, en 1936, sobre la insuficiencia de médicos titulados, se promovió el *servicio social* para los estudiantes pasantes de medicina. Su presencia en las comunidades contrarrestaría, temporalmente, la falta de sus colegas titulados y, como veremos, se esperaba que después de realizado volvieran a la comunidad a prestar sus servicios.

Cuando salían al campo, cada pasante recibía su nombramiento para desempeñarse como médico en la población seleccionada, un instructivo con el programa de labores que debía realizar, material de propaganda distribuido por la SEHP y un lote de medicinas, sueros y vacunas producidos por el Instituto de Higiene. Su trabajo en la comunidad comprendía prevenir enfermedades, curar a los enfermos y difundir temas de educación higiénica. Cuando terminaba su periodo de estancia, debía escribir un informe médico con la siguiente información: el número de visitas realizadas a los enfermos de la comunidad, los casos controlados, reportar el número

⁷⁶ González Rivera, 1945, pp. 53-57.

de personas inmunizadas, el servicio antivenéreo y antituberculoso, proponer el diseño de planes de ingeniería sanitaria y un recuento de datos demográficos y estadísticos.

Cuando realizaban actividades sobre educación higiénica llevaban un registro de las conferencias que dictaban a la población, así como la cantidad de propaganda que difundían, desde el número de carteles murales que pegaban en la calle, escuelas y clínicas hasta el número de funciones de cine organizadas. Aparte de cumplir con estas actividades, el médico pasante tenía que elaborar un informe antropológico de su estancia en la comunidad. Al final presentaba un trabajo llamado “Exploración sanitaria de: (el nombre del pueblo)”, en el cual describía las características geográficas, ambientales, etnográficas y de comunicación del pueblo, cuya finalidad era proponer, con base en su trabajo de campo de seis meses, alternativas a las deficiencias o carencias observadas. Estos trabajos sirvieron para elaborar un nuevo registro de la *geografía médico sanitaria* del país y, en particular, un dictamen detallado de la forma de vida de los habitantes.

En suma, el servicio social ofrecía dos opciones para que las autoridades sanitarias completaran la cobertura del servicio médico nacional. Por una parte, la remota posibilidad de que los estudiantes –ya titulados y como médicos independientes– regresaran a la comunidad para ofrecer sus servicios a la población; por la otra, resolver un problema de antaño: abolir la práctica de la medicina tradicional, porque las autoridades confiaban en que la presencia de los jóvenes médicos promovería en las comunidades el desinterés por los curanderos y brujos. Sin embargo, afirmar que la presencia de los estudiantes de medicina fue lo suficientemente fuerte como para terminar con las tradiciones curativas de los campesinos es arriesgado; más bien, lo que esta situación deja al descubierto es la posibilidad de hablar de la interacción que debió darse entre unos y otros, como una solución viable para que los médicos fueran aceptados.⁷⁷

En 1940, seis años después de instaurado el servicio social y mientras la carrera de medicina rural del IPN enfrentaba la oposición del doctor Gustavo Baz, el doctor Díaz Barriga replanteó la forma en que aquél debía llevarse a cabo. En principio, hizo un llamado a los futuros médicos

⁷⁷ Sin duda la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán da luz sobre este tema. Los médicos Alfonso Pruneda y Miguel Bustamante también manifestaron su preocupación al respecto. Véase bibliografía.

titulados para que consideraran regresar a la comunidad una vez terminada su carrera, porque, decía Díaz Barriga, había que retribuirle a sus habitantes las atenciones que les habían ofrecido durante su estancia. En segundo lugar, el médico michoacano subrayó que la experiencia de vivir seis meses fuera de la ciudad trabajando directamente con la población, fortalecía en los estudiantes su conocimiento en medicina, pero, lo más importante, los sensibilizaba ante la realidad social, económica y cultural del país. Con una visión interdisciplinaria, Díaz Barriga propuso que un servicio social más eficiente para la población requería también de la participación de estudiantes de leyes, ingeniería y antropología. El trabajo conjunto de varias disciplinas ofrecería una mayor percepción de la forma de vida en las comunidades y, en consecuencia, programas más completos para beneficiarlas. Otra propuesta fue promover un servicio social permanente y no temporal, de seis meses, como se venía efectuando desde 1936. De ser así, para mantener a los médicos instalados en las comunidades debían cooperar las dependencias del Gobierno Federal y las instituciones que recibirían el beneficio directo de este trabajo.⁷⁸ Esta propuesta de Díaz Barriga ya había sido planteada por el doctor Pruneda cuando, en 1933, propuso ejercer la medicina social e integrar a su práctica otras disciplinas.

Otro intento por organizar trabajos con la comunidad, pero más con la urbana que con la rural, fue el que encabezó el Bloque Nacional de Médicos fundado por el doctor Norberto Treviño en octubre de 1951. Treviño había colaborado con Gustavo Baz para diseñar el proyecto de construcción de hospitales de la década de los cuarenta y al momento de formar el Bloque era el jefe del Departamento de Higiene escolar de la SEP. Los integrantes de esta agrupación manifestaron abierta y públicamente su apoyo a las candidaturas presidenciales de Adolfo Ruiz Cortines, primero, y de Adolfo López Mateos, después. Con el repetido argumento de que les interesaba “velar por la salud del pueblo de México”, organizaron los “Legionarios de la Salud”.⁷⁹ Llevaron a cabo conferencias, funciones de

⁷⁸ Díaz Barriga, 1981, pp. 89-93.

⁷⁹ Los “Legionarios de la Salud” fue un grupo infantil instaurado por el Bloque Nacional de Médicos en abril de 1955. Su tarea era fomentar el aseo personal, de la casa y escuela, así como tapar charcos y basureros. Estos grupos fueron bien recibidos por los maestros y un buen número de jóvenes se integraron a ellos. Al hacerlo, debían aprender el ideario: “Honrar a la patria, respetar a sus padres, ser ejemplo de limpieza y corrección, decencia en el hablar, la conducta en el hogar, en la calle y en todas partes, cooperar a la

cine y “misiones médicas callejeras-populares” en diferentes rumbos de la ciudad, como el Monumento a la Revolución, la Plaza de Loreto, la Plaza Mártires Médicos de Tacubaya y la Alameda de Santa María la Ribera, entre otros. Para alentar el compromiso personal, de gremio y como fuente de inspiración para sus actividades, Treviño redactó el *Decálogo del Médico* a fin de inculcarlo entre los “Legionarios de la Salud”. Este documento, de 10 incisos, empezaba por promover el respeto a la bandera, como el símbolo de la patria. También promovió la figura del médico como ejemplo de corrección (en el vestir, hablar y comportarse), de limpieza y, sobre todo, de prevención. Sin mayor profundidad sobre el trabajo médico propiamente, el documento alentaba las ya comentadas actividades de educación higiénica y propaganda, que aparecieron como prioridades de los candidatos presidenciales en turno.⁸⁰

Sanitaristas

La formación del *médico sanitaria* fue un requerimiento nacional en materia de salud pública, porque su principal responsabilidad era ofrecer el beneficio colectivo. Con base en las propuestas que hiciera el reconocido médico estadounidense William Welch⁸¹ para organizar escuelas de salud pública, independientes de las de medicina, en 1922 se fundó la Escuela de Salubridad de México. Años antes, en 1914, el también estadounidense Abraham Flexner propuso una categorización para los oficiales sanitarios que participarían en las campañas sanitarias y propuso tres tipos de agentes: 1) los ejecutivos, que eran agentes distritales y comisionados sanitarios en la ciudad; 2) bacteriólogos, epidemiólogos, químicos e ingenieros, y

conservación de la limpieza pública en el barrio o vecindad que habitan, exterminar insectos y parásitos, practicar deporte”, en Treviño Becerra y Treviño García-Manzo, 2006, p. 22.

⁸⁰ Treviño Peña, “El Bloque Nacional de Médicos”, en Treviño Becerra y Treviño García-Manzo, 2006, pp. 19-23.

⁸¹ William Henry Welch nació en Norfolk, Connecticut, el 8 de abril de 1850. Su padre era médico. A los 21 años inició estudios de química en New Haven y en 1875 se graduó de médico. En definitiva, a Welch se le reconoce por haber sido el pionero del estudio de la patología en laboratorio y promotor de la investigación científica. También reconoció que los jóvenes médicos debían dedicar más tiempo a tratar enfermos en los hospitales. Después de una prolongada hospitalización de 14 meses, Welch falleció el 30 de abril de 1934. Véase Pérez Tamayo, 1991, pp. 167-181.

3) los que trabajaban con la gente: oficiales sanitarios locales, inspectores de alimentos y enfermeras técnicas.⁸² También propuso que se evaluara si las carreras de medicina y salud pública debían impartirse juntas o separadas. Apoyado en la opinión de Welch, Flexner sugirió que debía haber una escuela de medicina y otra de salud pública, donde se formara a todo aquel interesado en trabajar en esta área y en colaborar con las instancias estatales o municipales. Después de visitar las universidades de Harvard y Columbia, ambos médicos decidieron que era necesario fundar una nueva escuela de salud pública en la Johns Hopkins University, en Baltimore, Maryland, ya que, en su opinión, contaba con la mejor escuela de medicina de Estados Unidos.⁸³ En consecuencia, en 1918, William Welch fundó allí la Escuela de Higiene y Salud Pública. Una de las prioridades del plan de estudios fue diferenciar la medicina *curativa* de la *preventiva*, otorgándole a la segunda el valor de una profesión independiente que requería de profesionistas con grado de doctor en salud pública y de un espacio donde preparar a enfermeras dispuestas a realizar trabajos de servicio social.⁸⁴ La influencia en América Latina se hizo evidente con la fundación de las escuelas brasileña y mexicana.⁸⁵

Para el caso de la escuela mexicana, un acto de gran importancia para su fundación fue el VI Congreso Médico Nacional, celebrado en Toluca, en 1920. Allí, el doctor Alfonso Pruneda, Secretario General del DSP, pre-

⁸² Fee y Acheson, 1991, p. 35.

⁸³ Cuando los representantes de la Fundación Rockefeller fundaron, en 1901, el Instituto de Investigación Médica, nombraron director de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins a William Henry Welch. Véase Fosdick, 1952, pp. 8-10. "He noted additional advantages of Baltimore: the property was cheap, that its proximity to the southern states offered advantages for the public health work, and that closeness to Washington would facilitate cooperation with the US Public Health Service" ("Él identificó ventajas adicionales en Baltimore: la vivienda era barata, su cercanía con los estados del sur ofrecía ventajas para el trabajo en salud pública y su cercanía con Washington facilitaba la cooperación con el servicio de salud pública de Estados Unidos"). Fee y Acheson, 1991, p. 48.

⁸⁴ Fee y Acheson, 1991, p. 179. Ruy Pérez Tamayo recoge fragmentos de esta conferencia de Welch en la obra *Papers and Addresses by William Henry Welch*, editada por wc Burket en 1920.

⁸⁵ La revista *Salud Pública de México* ha publicado una serie de tres artículos colectivos de divulgación sobre los noventa años de historia de la Escuela de Salubridad, actualmente conocida como Escuela de Salud Pública de México, que forma parte del Instituto Nacional de Salud Pública. Véase Gudiño, Magaña y Hernández, 2013a; Gudiño y Magaña, 2013b; Frenk *et al.*, 2013.

sentó una conferencia para fundamentar la necesidad de crear estudios especializados en salud pública para formar a enfermeras, inspectores sanitarios, oficiales y doctores en salubridad.⁸⁶

Propuso entonces la creación de tres carreras y, siguiendo el modelo estadounidense diseñado por Welch, se pensó formar en México al doctor en salubridad como un especialista en medicina preventiva. También tomaron en cuenta al oficial de salubridad y a las enfermeras para conformar los equipos que emprenderían campañas masivas e itinerantes. A esta iniciativa de Pruneda es necesario agregar la preocupación manifiesta de los médicos de la época respecto del desempeño de los inspectores sanitarios que salían de la ciudad al campo. En una reunión de trabajo entre médicos y estudiantes de medicina, celebrada en junio de 1921, plantearon la necesidad de conformar grupos de sanitaristas que trabajaran fuera de la Ciudad de México y sus municipalidades; sugirieron cómo debían trabajar con la población, adjudicándoles, además de sus responsabilidades en materia de salubridad, el papel de *intermediarios* y agentes educativos.⁸⁷ Esto sugiere la idea de que el médico buscó deslindarse de esa responsabilidad pero, sobre todo, plantea una connotación de división de oficios y de definición de territorios para trabajar, que en la práctica hizo más amplia la brecha entre el trabajo de los médicos y los sanitaristas.

En respuesta a estas iniciativas, en enero de 1922 se aprobó la fundación de la Escuela de Salubridad.⁸⁸ Al mes siguiente se abrieron las convocatorias para quienes desearan estudiar allí, pero ante la falta de solicitudes hubo necesidad de prorrogarlas un mes más, lo que devino en que la inau-

⁸⁶ Pruneda, 1921, tomo II, pp. 517-518.

⁸⁷ Con base en los documentos revisados puede establecerse que se trataba de reuniones semanales de trabajo, que entre 1921 y 1922 fueron convocadas por el doctor Gabriel Malda, entonces jefe del Departamento. Tenían como finalidad uniformar criterios en materia de salud e involucrar a los estudiantes a participar en ellas. Con relación al perfil de los sanitaristas y su desempeño, véase el trabajo de José Díaz Iturbide, "Papel del médico inspector sanitario, moral y científicamente considerado", 18 de junio de 1921. Mecanuscrito, AHSSA, SP, Epidemiología, caja 23, exp. 1, s. f. Este autor toma por referencia histórica sobre el sanitarismo *The Health Officer*, de Oberton y Deno (1919). El doctor Monjarráz, en su trabajo "Preliminares sobre la inspección sanitaria de las municipalidades", del 23 de abril de 1921, también toma como referencia este libro. Véase AHSSA, SP, Epidemiología, caja 23, exp. 1, f. 100, y *BDSF*, de enero a junio de 1921.

⁸⁸ Una versión más completa de la ceremonia de inauguración y los discursos pronunciados al primer grupo de estudiantes inscritos está en Gudiño, Magaña y Hernández, 2013a.

guración oficial de la escuela se realizara el 23 de marzo.⁸⁹ Un año después se lanzó una convocatoria de carácter nacional dirigida a los gobernadores de los estados de la República para que actuasen como mediadores con las direcciones o consejos estatales de salubridad, a fin de enviar a médicos locales a estudiar en la Escuela.⁹⁰

Los aspirantes a ingresar en la escuela podían ser médicos cirujanos con título expedido por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México o estudiantes de medicina de las universidades de provincia que estuvieran avaladas por el Departamento de Salubridad Pública. Los seleccionados eran solamente treinta y, en caso de que se rebasara este número, quienes quedaban fuera serían tomados en cuenta para el siguiente bimestre.⁹¹ Para los estudiantes de provincia, los directivos de la escuela acordaron conceder pensiones de 100 pesos mensuales para su manutención. A cambio de esta ayuda económica quedaban comprometidos a regresar a su estado natal a trabajar cuando hubiesen terminado sus estudios. Para 1924, de los quince médicos de provincia inscritos en la escuela, diez rechazaron la pensión por estar en desacuerdo con la obligación de regresar a prestar servicios a sus estados.⁹² Esta realidad se convirtió en un problema de exceso de médicos en la ciudad y la consecuente falta de ellos en los estados.⁹³ Además, durante 1924, el ingreso de estudiantes disminuyó al punto que se clausuraron algunos cursos y se rediseñó el plan de estudio.⁹⁴ Quizá el problema mayor a este incierto arranque de la escuela fue que,

⁸⁹ Ruiz Sánchez, 2001, p. 352.

⁹⁰ Folleto impreso “Convocatoria a los médicos que deseen inscribirse a los cursos de 1923. José M. Aragón, secretario técnico de la Escuela, 13 marzo 1923”, AHSS, fondo Salubridad Pública (en adelante SP), sección Establecimientos Dependientes (en adelante ED), serie: Escuela de Salubridad (en adelante ES), caja 1, exp. 1.

⁹¹ Folleto impreso. “Convocatoria a los médicos que...”, AHSS, SP, ED, ES, caja 1, exp. 1. Los alumnos inscritos tendrían a su disposición el material de trabajo necesario y solamente debían llevar un microscopio para su uso personal en el curso práctico de bacteriología. El curso para formar oficiales de salubridad fue el único que aceptó la asistencia de alumnos como oyentes.

⁹² “Informes de trabajo. Escuela de Salubridad”, 1923-1924, AHSS, SP, ED, ES, caja 1, exp. 3.

⁹³ Esta problemática prevalece en México. Al respecto de este tema, los trabajos contemporáneos de Gustavo Nigenda ilustran sobre lo que este autor ha llamado “un equilibrio en la repartición de recursos humanos para la salud”. Véase Nigenda, 1990 y 1994.

⁹⁴ Por ejemplo, el profesor Francisco de P. Miranda, titular de los cursos de paludismo, peste bubónica y fiebre amarilla, anunció que los daba por finalizados porque en dos ocasiones llegó al salón de clases y no había estudiantes; AHSS, SP, ED, ES, caja 1, exp. 3.

pese a que se propuso formar médicos sanitarios que trabajaran con la colectividad, promovía el ingreso exclusivo de médicos titulados quienes, antes de pensar en hacer una especialización en salud pública, prefirieron ejercer su carrera en la ciudad. Entonces fue necesaria la intervención del presidente Plutarco Elías Calles y un nuevo decreto para que las actividades de la escuela se reorganizaran. Este documento reconocía la necesidad del Departamento de Salubridad Pública de contar con personal especial que desempeñara los servicios sanitarios mediante la medicina preventiva, la cual según el decreto era considerada en otros países (no menciona cuáles) como una “profesión especial”; por lo tanto, había que fomentarla entre los estudiantes mexicanos por medio de una preparación específica que sólo la Escuela de Salubridad podría ofrecer.⁹⁵ Para lograr estos propósitos debía integrarse una planta de profesores que estudiaran en el extranjero a fin de que, a su regreso, organizaran en la escuela el servicio escolar de la carrera de médico sanitario.⁹⁶ Habría una promoción de médicos cada dos años y la elección de candidatos la haría el propio presidente conforme los requerimientos del Departamento; los seleccionados gozarían de una pensión de tres mil pesos anuales.⁹⁷ La base de los planes de estudio retomarían los de su homólogo en Johns Hopkins:

La dirección de la escuela tiene la aspiración de ampliar la esfera de acción del plantel y de crear cursos cada vez más técnicos y de carácter más elevado, hasta llegar posiblemente a la formación de médicos sanitarios o de doctores en salubridad tales como los que se gradúan en Harvard, en Johns Hopkins o en alguna de las otras universidades extranjeras de primer orden.⁹⁸

Se esperaba que la Escuela de Salubridad formara un equipo de profesionales capacitados para encabezar las campañas de salud en el país; sin embargo, las estadísticas de egresados en el periodo de 1923 a 1938 revelan

⁹⁵ Fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de abril de 1925.

⁹⁶ Una copia está publicada en *BDSP*, núm. 1, 1925, pp. 181-183; otra en Valdespino y Sepúlveda, 2001, p. 34.

⁹⁷ No deja de llamar la atención que fuese el presidente quien participara de la selección de estudiantes; esta participación arroja interrogantes sobre la injerencia directa del Gobierno Federal en la organización del personal sanitario.

⁹⁸ “Folleto de la Escuela de Salubridad de México”, AHSSA, SP, ED, ES, caja 1, exp. 12, 1928.

que en quince años egresaron 1 082 estudiantes de los diferentes cursos.⁹⁹ Esto equivale a 72 egresados por año, cantidad insuficiente frente a la demanda de atención sanitaria y el compromiso del Estado por extender los servicios de salud a todo el país. Hacia 1932, el DSP reportaba que de los 3 088 municipios en que estaba dividido el territorio nacional, 658 (20.66%, es decir, un promedio de cuatro millones de habitantes) se encontraban sin servicio médico y asistencial.¹⁰⁰ Si bien los datos demuestran que la cantidad de egresados de la Escuela resultaron insuficientes, debe tomarse en cuenta que a la par de este proceso de formación del gremio de sanitaristas, para mediados de la década de los treinta la colaboración de los maestros rurales con el Departamento de Salubridad Pública fortaleció el trabajo en campo.

Maestros rurales

Aparte del papel desempeñado por médicos y sanitaristas como los intermediarios para curar y educar a la población bajo los preceptos de la medicina científica, es indiscutible el papel de los maestros rurales. El estrecho vínculo que mantuvieron con el Departamento de Salubridad Pública y el papel que esta misma institución les adjudicó como partícipes del trabajo sanitario se reforzó con los cursos por correspondencia que esta instancia elaboró para instruirlos en materias como anatomía, medicina y conocimientos generales de primeros auxilios. Las tres primeras lecciones fueron publicadas en un folleto especial financiado por el Departamento; en la introducción se explicó a los maestros que el objetivo del curso era hacer de ellos aliados de su causa, que no era otra que la “causa de la salud del pueblo de México”.¹⁰¹

Por intermediación de la Secretaría de Educación Pública, los cuestionarios fueron publicados en la revista *El Maestro Rural*, su principal

⁹⁹ 114 oficiales médicos, 231 enfermeras, 269 agentes e inspectores sanitarios, 37 trabajadores sociales y 431 egresados de cursos técnicos y de capacitación de enfermedades transmisibles. Valdespino y Sepúlveda, 2001, p. 18.

¹⁰⁰ “¿Carencia de médicos?, ¿abundancia de médicos?”, editorial, *Salubridad*, vol. III, núm. 1, enero-marzo de 1932, pp. 11-12.

¹⁰¹ “Curso de educación higiénica por correspondencia para maestros rurales”, DSP, Talleres Gráficos de la Nación, 1937, p. 3. El ejemplar se encuentra en el fondo Folletería de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada.

órgano de difusión.¹⁰² Las lecciones estuvieron acompañadas de un cuestionario de diez preguntas y sus autores afirmaron que su finalidad no era convertir al maestro en médico, sin embargo, sí depositaron en ellos la confianza de que podrían resolver o al menos diagnosticar adecuadamente las enfermedades más comunes en los poblados que carecían de médicos permanentes. Esto suponía una comunicación estrecha con las autoridades sanitarias que habría de traducirse en un programa educativo más completo, que añadía a “la vocación apostólica del maestro rural, la preparación técnica elemental y necesaria para abordar los más urgentes problemas sanitarios de cada lugar, para llegar a realizar una obra verdaderamente grandiosa”.¹⁰³ Después de responder sus cuestionarios, los maestros debían enviarlos al Departamento para su evaluación. La entrega puntual de sus respuestas los hacía acreedores a un diploma expedido por el Departamento de Salubridad.¹⁰⁴ Allí se opinaba de ellos lo siguiente: “Los maestros rurales han sido auxiliares muy eficaces del servicio de sanidad federal, tanto por los avisos que han dado respecto a brotes epidémicos como por la distribución de algunos medicamentos, como quinina, en las zonas palúdicas y por la repetición de los consejos de educación higiénica que se les han proporcionado”.¹⁰⁵ Los maestros rurales, aparte de realizar su tarea escolar, se vieron comprometidos a resolver emergencias médicas.

Lo que algunos de ellos llamaron “responsabilidad moral” para con los habitantes del pueblo donde trabajaron los llevó a emprender su propia campaña ante las autoridades correspondientes, a quienes solicitaron una y otra vez propaganda higiénica para sensibilizar a la población. Así, la profesora Bertha Valdepeña, de la escuela ubicada en la Cañada de Cisneros en Tepotzotlán, Estado de México, pedía a la SEP folletos para adquirir “algunos conocimientos médicos”, porque los habitantes de ese pueblo, a quienes describió como “sumamente indigentes y alejados de los servicios médicos”, tenían puesta en ella toda la confianza porque siempre los había

¹⁰² Solamente los números de *El Maestro Rural* publicados entre mayo y septiembre de 1932 incluyen estos cuestionarios.

¹⁰³ *Salubridad*, vol. 2, 1935, p. 20.

¹⁰⁴ Según las autoridades del Departamento de Salubridad Pública, en 1935 había 1 809 maestros tomando el curso por correspondencia. Además, dan cuenta de miles de dosis de vacunas y folletos de propaganda que, a petición de los maestros, enviaron a las comunidades. *Salubridad*, vol. 1, 1935, p. 85.

¹⁰⁵ Bustamante, 1933, p. 104.

curado.¹⁰⁶ Más allá de sólo dejarse llevar por los “compromisos morales”, los maestros reconocieron sus limitaciones y por eso no desistieron en pedir reiteradamente la presencia del médico especializado.¹⁰⁷

El combate al paludismo fue una gran responsabilidad adquirida por los maestros y hubo médicos adscritos a la SEP que escribieron artículos para aconsejarlos sobre la mejor forma en que debían asesorar a los estudiantes y sus padres para evitar la enfermedad. Había que constituir una “mentalidad antimalárica” en esa pequeña sociedad llamada escuela y el “abnegado” maestro rural era el responsable.¹⁰⁸ El maestro se convirtió en auxiliar de educación higiénica de las campañas porque sabía leer y escribir y con eso podía transmitir a la población los conocimientos básicos de esta enfermedad. Con su participación, se convirtió en un aliado de las prácticas médico-científicas porque promovía al facultativo como la mejor opción de curación.

Otro ejemplo que muestra la vigencia de los maestros y su participación directa en las campañas de salud fue la creación de las brigadas motorizadas. En 1946, las autoridades de la Secretaría de Educación Pública se interesaron en dar amplitud y mayor cobertura a la Campaña de Alfabetización y organizaron las llamadas “misiones culturales motorizadas”. Sus integrantes se movilizaron en un camión acondicionado con aparato de cine, radio-receptor-amplificador de sonido, fonógrafo, colección de películas, discos, libros y todo tipo de propaganda. Como resultado de la estrecha colaboración que había entre ambas dependencias, la Secretaría de Educación pidió a la de Salubridad su opinión sobre este proyecto, porque le interesaba contar con el apoyo de un médico que formara parte de la brigada. El jefe de las brigadas de la SEP sería un profesor normalista, porque era conocedor de los problemas de la vida rural, y además de estos dos personajes completarían la brigada un veterinario, un agrónomo,

¹⁰⁶ “Solicito un folleto”, Carta de la profesora Valdepeña al jefe del Departamento Médico de la SEP, AHSEP, fondo Psicopedagogía e Higiene, caja 16, 06/2, 18 de marzo de 1936.

¹⁰⁷ Cientos de cartas revisadas en la SEP lo confirman. El maestro apoyaba hasta donde podía pero cuando ya se trataba de una participación especializada, dejaba al médico o al sanitarista la responsabilidad. En 1935, el DSP tenía registrados 1 809 maestros a quienes enviaban el periódico *Higiene* y folletería para que invitaran a inscribirse a los maestros que no lo estaban.

¹⁰⁸ “El Paludismo y las Escuelas Rurales”, por el doctor Pedro Bravo Gómez, AHSEP, fondo Psicopedagogía e Higiene, fólder III/921/-1, pp 83-87.

una trabajadora social o del hogar, un mecánico operador de aparatos cinematográficos y un chofer. Su interés era “organizar a las comunidades para que con sus propios recursos traten de mejorar su economía, resolver los problemas de salud que les afectan, embellecer la vida del hogar, estimular la recreación sana, construir obras materiales de servicio social y elevar el nivel de cultura de la gente en sus diversos aspectos”.¹⁰⁹

Como vimos a lo largo de este capítulo, las estrategias higiénico-sanitarias siempre se adaptaron a la enfermedad por combatir. Para que fueran efectivas, había que llevarlas al ámbito formal de la escuela y al informal de la casa, y enseñarlas mediante diferentes instrumentos pedagógicos, como conferencias, programas de radio, carteles, volantes, folletos y cine. Cada uno de estos instrumentos debía enfocarse a mostrar las formas de evitar y combatir la enfermedad, la manera de adquirir hábitos higiénicos y, sobre todo, enseñarle al receptor que podía integrarse a una cultura de la prevención. Cada uno de estos instrumentos promovió propaganda sanitaria y generalmente sus contenidos, implícitos o explícitos, tuvieron diferentes referentes que trascendieron consejos básicos, como vacúnate para no enfermar o báñate para ser limpio. También respondieron al contexto internacional del momento que marcó la impronta de los contenidos. También al interés del gremio de médicos que las diseñó, pues así reforzaban la medicina científica como la única capaz de sanar al hombre y se presentaban como los *héroes* que curaban al enfermo; es decir, los médicos buscaron articular su saber médico con una adecuada representación en la propaganda. Y no podemos dejar de mencionar que los contenidos de la propaganda sanitaria también respondían a los intereses económicos de las empresas productoras de alimentos o bebidas, a las que solamente les importaba vender sus productos.

A lo largo de los 35 años que estudia esta investigación, la propaganda sanitaria se hizo presente en diferentes formatos. Desde la tradicional conferencia impartida por médicos o estudiantes de medicina hasta la proyección de películas que atrajo a espectadores al cine, sin perder de vista los carteles, folletos, programas de radio y exposiciones del Museo de Higiene. Con estos instrumentos se buscaba educar mas no curar; es decir, solamente se prevenía, motivaba, persuadía y se buscaba convencer al espectador para que renovara hábitos arraigados que contravenían su desarrollo higiénico-

¹⁰⁹ AHSSA, fondo SSA, sección SubSyA, caja 7, exp. 9, “Misiones Culturales motorizadas”, 1946, 15 fs.

nico. Por supuesto, también se buscó inculcarles el cuidado de su salud, recomendándoles que visitaran al médico titulado cuando lo necesitaran.

Además, cada uno de los instrumentos analizados utilizaba un discurso de renovación física y moral que los individuos lograrían a través del cuidado de su salud y la práctica de hábitos higiénicos. Así, para fomentar entre la población el valor de la salud como el baluarte de la modernidad, los diferentes gobiernos posrevolucionarios en turno y sus autoridades sanitarias se valieron de la educación y la propaganda higiénica para mostrar a los mexicanos cómo debía ser la nueva generación de individuos formados por la Revolución de 1910; a su vez, se buscaba forjar la imagen del México posrevolucionario como un país que incursionaba en la modernidad del siglo xx y de un Estado mexicano promotor de una cultura de la higiene y prevención de enfermedades. Esta última representación se hizo en medio de una escenografía de contrastes y claroscuros que mantuvieron al Estado lejos de una representación nítida. Más bien, la propaganda sanitaria, y particularmente la cinematográfica, enfocó sus reflectores en los *intermediarios sanitarios* quienes, definidos por Michel Vovelle como “agentes de circulación”, fueron el enlace entre la tríada formada por el Estado mexicano, las autoridades sanitarias y la población.

III. CINE CONTRA LA SÍFILIS

DESDE FINES DEL siglo XIX, los médicos porfirianos opinaban que la sífilis era uno de los azotes de los hombres y causa de desgracias familiares. Como parte de las campañas de salud iniciadas con la organización del Departamento de Salubridad Pública y después de los debates encabezados por el doctor Rodríguez en 1917, en este capítulo expongo la campaña de 1927 contra las enfermedades venéreas, promovida por el doctor Bernardo Gastélum, quien atendió al llamado del presidente Emilio Portes Gil. Además de reconstruir cómo operó esta campaña, lo que interesa es identificar que las categorizaciones morales aunadas a las afecciones físicas causadas por esta enfermedad fueron los temas tratados en la propaganda sanitaria. Dicha propaganda buscaba mostrar cuáles eran esas afecciones y las consecuencias sociales de este padecimiento.

El instrumento de educación higiénica seleccionado para tal propósito es el cine; tomé como referente tres películas estadounidenses y una mexicana sobre el combate a la sífilis. El análisis de su contenido permitió hacer un balance comparativo sobre la manera en que se trató el tema en cada país y en épocas diferentes. Las primeras películas estadounidenses son *The End of the Road* o *Al Final del Camino* (1919) y *Fit to Win* o *Listos para vencer* (1919), producidas por el Departamento de Salud de Estados Unidos y exhibidas en cines de la Ciudad de México y de provincia, en el marco de la Campaña Nacional Antivenérea de 1927. La segunda es la película *Precio de un desliz* (ca. 1928), de Columbia Pictures, de la cual en enero de 1934 los periódicos nacionales anunciaron su exhibición.¹ A diferencia de sus antecesoras, que tuvieron el apoyo de numerosas salas cinematográficas, hubo resistencia de las autoridades del Departamento Central de la Ciudad de México y los dueños de cines para proyectarla. Esto nos lleva

¹ Las reseñas periodísticas sobre su contenido son muy generales y desconocemos si se conservó alguna copia. En la búsqueda realizada hasta el momento no ha sido posible identificar el nombre del director y el reparto de quienes actuaron en ella.

a responder las siguientes preguntas: ¿qué argumentos plantearon unos y otros?, ¿al no estar formalmente respaldada por ninguna campaña oficial se le restó importancia?, ¿qué papel jugó el Departamento de Salubridad Pública en este caso? Finalmente, para la década de los años cincuenta tenemos el ejemplo del cortometraje mexicano *Reconquista* (1957), que fue producido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia para la campaña antivenérea de ese año.² Su proyección en cines no está confirmado pero sí en dispensarios y clínicas.

Este capítulo se divide en dos partes. La primera expone rasgos generales de la llegada y desarrollo del cine en México; la segunda trata sobre la campaña antivenérea de 1927. Antes de adentrarnos en los contenidos de las películas seleccionadas, mostraré el contexto cinematográfico en el cual los *filmes* de temas médicos y de higiene adquirieron importancia y se convirtieron en instrumentos de educación higiénica de gran uso. Cabe reflexionar sobre por qué las enfermedades de transmisión sexual, y en particular la sífilis, constituyeron uno de los principales temas de las películas.

LLEGÓ EL CINE A MÉXICO

En aquel México que recibió al cinematógrafo en 1896, el primer sorprendido fue el espectador por las imágenes en movimiento que contaban una historia de la que podía participar. Primero silentes, acompañadas con música en vivo que daba intensidad a las escenas; después de 1929, sonorizadas, es decir, “que contenían todos los ruidos incidentales necesarios para crear una mayor ilusión en el espectador” y, hacia 1931, habladas.³ Diversos autores mexicanos han expuesto las posibilidades industriales, recreativas y educativas que ofreció el cine desde su llegada al país. Nom-

² Existen dos películas mexicanas comerciales sobre este tema: el largometraje silente *Los hijos del destino* (Luis Lezama, 1929), producido por la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y al parecer producida y escrita por la esposa del presidente Emilio Portes Gil, quien prefirió no dejar constancia de su intervención. Es la historia de dos amigos, uno sano y feliz y el otro enfermo, quien contagió a su esposa de alguna enfermedad venérea. Se desconoce si existen copias. La otra es *El beso mortal* (Fernando A. Rivero, 1938). Véase Tuñón, 2005, pp. 60-64. Ambas películas tuvieron un evidente carácter didáctico; sin embargo, no fueron promovidas por el Departamento de Salubridad Pública como parte de sus programas de educación higiénica.

³ Reyes de la Maza, 1973, p. 14.

bran a los empresarios que forjaron la industria cinematográfica mexicana, recrean el ambiente popular en torno de los estrenos y rescatan formatos cinematográficos y contenidos propios de cada época.⁴

Las primeras películas realizadas en México y vistas por los mexicanos mostraban las actividades oficiales del presidente Porfirio Díaz. Una de ellas lo retrató en una visita que hizo a la ciudad de Puebla en 1900. Filmar las actividades del presidente en turno y de los caudillos revolucionarios fue una tradición que continuó después de la filmografía en torno de la figura de Porfirio Díaz. Esto explica, en parte, los cientos de tomas cinematográficas en las que aparecieron los sucesores de Díaz.⁵

Tras la primera proyección, el cine tomó los cauces del documento y comenzó a presentar escenas de la vida real, desde las más intrascendentes escenas caseras hasta las más significativas en el terreno de la vida política, social y cultural del país. La película *La llegada del tren* marcó el inicio de la producción cinematográfica en México. Los trenes mostraban el esplendor porfirista y fueron el eje central de algunas *vistas* de la Revolución mexicana.⁶ En los documentales, la Revolución y la vida cotidiana de los mexicanos después del movimiento armado de 1910 eran los temas más difundidos. Buena parte de la naciente industria cinematográfica nacional estuvo influida desde sus inicios por las películas francesas, italianas, estadounidenses y alemanas, que llegaron al país desde finales del siglo XIX.

Sin duda, los casos de nota roja y las historias de amor colmaron las pantallas de los cines que empezaban a proliferar en la Ciudad de México. *La banda del automóvil gris*, dirigida por Enrique Rosas, de 1919, fue un parteaguas en la historia del cine mexicano. Rafael Aviña opina que con este clásico mudo basado en un hecho verídico que conmocionó a la opinión pública, México se ponía al tú por tú con los filmes hollywoodenses de aventuras y peligros.⁷

⁴ Emilio García Riera, Aurelio de los Reyes y Francisco Peredo Castro. También me interesa mencionar las obras de Rafael Aviña, Julia Tuñón, Pablo Humberto Posada, Francisco Reyes de la Maza, Isis Saavedra Luna, Álvaro Vázquez Mantecón, entre otros, que ofrecen lecturas analíticas de momentos específicos de la historia del cine mexicano. Véase bibliografía.

⁵ El ejemplo más representativo es la colección de documentales de la serie *México siglo XX*, de la editorial Clío. Los videos dedicados a presidentes y caudillos combinan fotografías fijas con fragmentos de películas de época.

⁶ De los Reyes, 1996, vol. 1, p. 95.

⁷ Aviña, 2004, p. 13.

A partir de 1921 se consideró perentorio recuperar la imagen del México devastado por la Revolución, y una manera de atraer turismo e inversiones fue elaborar documentales que mostraran un país que iba por el camino de la recuperación social y política, y hacia la modernidad. Desde entonces, el Ministerio de Fomento utilizó el cine como un instrumento de difusión que ofrecía, entre otras cosas, la posibilidad de enviar al extranjero retratos atractivos del país. Había que contrarrestar la negativa campaña hollywoodense y su interpretación sobre la Revolución de 1910 y sus secuelas.⁸

La educación de ciertos sectores de la población a través del cine también fue una inquietud de los ministerios de Gobierno, y la Secretaría de Educación Pública fue promotora. Desde inicios de 1920, José Vasconcelos informó que utilizaría el cine como parte de su política educativa; dos años más tarde, el 15 de abril de 1922, se inauguraba el Departamento de Cinematografía de la recién creada SEP con la finalidad de filmar festivales culturales. El equipo coordinador lo encabezó el camarógrafo Ramón Díaz Ordaz, el fotógrafo Luis Márquez y el manipulador Francisco del Río. Según Aurelio de los Reyes, Vasconcelos también publicó cuatro números de la *Revista cinematográfica de la SEP*.⁹ A la par de esta Secretaría, las de Agricultura y Fomento, el Departamento de Propaganda Agrícola, la Dirección Forestal y de Caza y Pesca, la Dirección de Antropología, dirigida por Manuel Gamio, y el Museo Nacional de Historia, Arqueología y Etnología, entre otras, empezaron a filmar sus documentales. ¿Con qué temáticas?, las relacionadas con sus actividades.¹⁰ De esta manera se conformaba una cartelera que presentaba tradiciones nacionales, prácticas agrícolas, flora, fauna, antropología, arqueología y geografía nacionales, entre otros. Esto es, empezaba a forjarse un proyecto de enseñanza audiovisual dirigido a un amplio público encabezado por los niños en la escuela o en foros al aire libre.

Otras dependencias como la Secretaría de Guerra se valieron del cine para educar y moralizar a la tropa. El bajo nivel educativo de los soldados debía mejorarse y se presionó a las autoridades para hacerlo. Cuenta Aurelio de los Reyes que, en septiembre de 1920, Fernando Orozco y Berra, encargado del departamento cinematográfico de la Secretaría, anunció que

⁸ Al respecto véase De los Reyes, 1993, vol. II; Fein, 1996b; Peredo Castro, 2000, entre otros.

⁹ De los Reyes, 1993, vol. II, p. 137.

¹⁰ Detallada cartelera en De los Reyes, 1993, vol. II.

haría películas educativas para proyectarlas a los soldados acuartelados, a quienes calificó de “niños que había que educar desde los principios más rudimentarios de la intelectualidad y la moral”.¹¹

La Secretaría de Agricultura y Fomento no se quedó atrás y la participación de Manuel Gamio al frente de la Dirección de Antropología convirtió al cine en un aliado de su ambicioso proyecto de rescate arqueológico de Teotihuacán. Lo utilizó no sólo como un auxiliar metodológico, sino también para estudiar costumbres, preservar el folclore de la región y educar a la población del Valle de Teotihuacán.¹²

Sin embargo, para mostrar un país en franca recuperación social y material había que hacer visible a una población en proceso de ser educada en materia de higiene. Por ello, el aspecto sanitario fue un tema tratado en el documental mexicano de inicios de la década de 1920 promovido por dependencias gubernamentales. Su filmación y proyección significaría, entre otras cosas, una forma de mostrar que las nacientes instituciones revolucionarias funcionaban. Un ejemplo es el festejo de los cien años de la consumación de la Independencia, en 1921, cuando la Junta Municipal de Sanidad solicitó, en el marco de una campaña de higienización y limpia de la Ciudad de México, 150 películas que debían presentar los peligros que traía consigo el desaseo personal y las formas de ponerse a salvo de las enfermedades. En julio se terminó una película que mostraba cómo se limpiaban e higienizaban las calles de la capital, cómo se desinfectaban las casas y se vacunaba a las personas:

La película mostraba desde la salida de carros recolectores, barredores, regadores, bombas para el lavado, etcétera, hasta el proceso que se sigue para desinfección de habitantes, hoteles y edificios a título gratuito y por medio de ácido cianhídrico, presentando al efecto aparatos generadores de esa sustancia mortal y haciéndose a la vista del público la demostración de cómo mueren los roedores con los gases mencionados.¹³

Aurelio de los Reyes también afirma que el Consejo Superior de Salubridad, con la finalidad de prevenir los estragos del mal venéreo, sobre

¹¹ De los Reyes, 1993, vol. II, p. 63.

¹² Para más información de la experiencia de Gamio con el cine en su proyecto de Teotihuacán, véase De los Reyes, 1991.

¹³ De los Reyes, 1993, vol. II, p. 63. Este autor no cita su fuente. Sosensky cita para la misma nota a Almoina, 1980.

todo entre la juventud, exhibió una película enviada por la Asociación Americana de la Higiene Social de Estados Unidos sobre la sífilis.¹⁴ Como veremos más adelante, hubo otros dos filmes estadounidenses enviados a México para que se exhibieran en la campaña nacional de 1927 contra las enfermedades venéreas.

La situación política del país ocasionada por la rebelión delahuertista fue, en opinión de De los Reyes, la causa por la que decayó la producción cinematográfica de las dependencias, la consecuencia del recorte de presupuesto. Esta situación favoreció la consolidación de la industria cinematográfica estadounidense en México que, para estos momentos, ya tenía una fuerte presencia en el país. Las películas de ficción o comerciales se proyectaban en los cines y el público asistía a verlas porque parecía no haber otra alternativa.

El año de 1931 marcó un parteaguas en el cine nacional porque se produjo la primera película mexicana hablada, *Santa*.¹⁵ Se trataba de una película ambientada a principios del siglo xx cuya trama involucraba la relación de la protagonista con la enfermedad y los servicios sanitarios de su época.¹⁶ Con la llegada del general Lázaro Cárdenas a la presidencia y su proyecto de educación socialista aparecieron en escena agrupaciones como Cine Revolucionario, que propusieron al entonces Departamento de Bellas Artes de la SEP y su Oficina de Cinematografía proyectos para

¹⁴ De los Reyes, 1993, vol. II, p. 134. La American Health Association produjo una serie de cortometrajes sobre el valor de la higiene femenina y masculina. Sobre enfermedades venéreas elaboró, en 1924, *First Aid Treatment after exposure to VD*. Copias de estos cortometrajes se encuentran en los National Archives and Records Administration (NARA) en la ciudad de Washington.

¹⁵ Existen cuatro versiones de esta película inspirada en la novela homónima de Federico Gamboa, publicada en 1903. La primera es la versión silente de 1918, dirigida por Luis G. Peredo. La segunda (primera hablada en el cine mexicano) es de 1931 y fue dirigida por Antonio Moreno, con fotografía de Alex Phillips, producida por Compañía Nacional Productora de Películas e interpretada por Lupita Tovar, Carlos Orellana y Juan José Martínez Casado. La tercera versión es de 1943, dirigida por Norman Foster. Escenografía de Gunther Gerzo y Manuel Toussaint e interpretada por Esther Fernández, José Cibrián, Ricardo Montalbán, Stella Inda. Se estrenó el 10 de junio de 1943 en el cine Palacio donde se exhibió durante cuatro semanas. La última versión fue la de 1969, dirigida por Emilio Gómez Muriel e interpretada por Julissa.

¹⁶ En cada una de las versiones se muestra desde diferentes perspectivas el sufrimiento de Santa, una vez que se hace manifiesto el cáncer que la afecta. En la versión de Norman Foster se muestran escenas del Hospital de Mujeres sifilíticas a donde las prostitutas asistían a su revisión mensual.

diseñar programas de enseñanza con películas educativas hechas en México. En 1936, Chano Urueta,¹⁷ el director de esta asociación, y su jefe de personal técnico, el reconocido cinefotógrafo Gabriel Figueroa, se dijeron dispuestos a promover y apoyar la educación audiovisual a través del cine mexicano. Argumentaron que el cine, como difusor de arte y cultura, era el único instrumento pedagógico capaz de cumplir una función social, porque las “historias en movimiento y sonoras” llegaban a la conciencia de niños y adultos analfabetas y, en consecuencia, tenían un mayor alcance pedagógico. En pocas palabras, propusieron reforzar los programas educativos mediante la unión de la palabra escrita con la imagen audiovisual para llevar a la pantalla grandes episodios del libro de primaria *Simiente*.¹⁸

Durante el sexenio cardenista el cine-documental ya no fue visto solamente como un material educativo que aceleraba el proceso de alfabetización de niños, obreros y campesinos, sino que además se reconoció su función social y su capacidad integradora. En 1939 existía una Comisión de Cinematografía Pedagógica presidida por José Castelot Jr., cuya primera tarea fue elaborar un diagnóstico de los pros y contras de la enseñanza con cinematógrafo. Su conclusión fue reconocer que quienes gozaran del privilegio de la educación audiovisual con cine, además de aprender se divertirían y tendrían un poderoso incentivo que ayudaría a alejarlos de los “hábitos del alcoholismo y de la explotación de tahúres y malvivientes”,¹⁹ situación que empeoraba aún más sus precarias condiciones de vida y de salud. La Comisión también reconoció en la práctica de la educación audiovisual el trabajo de los maestros, que llevaron la ingente tarea de proyectar los documentales y darles seguimiento con pláticas temáticas antes o después de su proyección. Por eso, solicitaban a la oficina cinematográfica

¹⁷ Su nombre era Santiago Luciano Urueta Rodríguez. Nació en Chihuahua en 1895. Revolucionario incorporado con villistas y zapatistas. Realizó estudios universitarios en Europa y después en Estados Unidos. Urueta fue uno de los cineastas más prolíficos, con más de 100 títulos que abarcan todo tipo de géneros y temáticas. Destaca *La noche de los mayas* (1939), *Los de abajo* (1939), *El conde de Montecristo* (1941). Véase Ciuk, 2000, p. 613.

¹⁸ AHSEP, Departamento de Bellas Artes, Oficina de Cinematografía, 1926, 40/14. *Simiente* fue una de las tres series de lecturas distribuidas en escuelas nocturnas para trabajadores, obreros y campesinos. Se publicaron cuatro tomos para escuelas rurales, con un total de 3 420 000 ejemplares. Engracia Loyo resume que presentaron “no sólo una sociedad dividida en clases sino una visión maniquea de la sociedad”. Véase Loyo, 1999b, pp. 243-294. Para una historia de *Simiente*, véase Garay Molina, 2010.

¹⁹ AHSEP, Subsecretaría, “Circular del depto. Administrativo relativo al presupuesto para 1940”, José Castelot, B/136, exp. 139, 1939.

de la SEP que les aumentara el presupuesto para mejorar salarios, condiciones de trabajo y comprar cámaras, proyectores y películas.²⁰

Estas propuestas cinematográficas promotoras de la educación audiovisual también las recibió el doctor Lauro Ortega, jefe de la Sección de Psicopedagogía e Higiene, quien trabajaba en conjunto con la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la promoción de la educación higiénica. Se le propuso realizar películas destinadas a los alumnos de las escuelas “en sistema *movietone*; es decir, mientras aparece en la pantalla serán explicados los trabajos por medio de la foto-celda”.²¹ Estos documentos alertan sobre el financiamiento de la Secretaría de Educación Pública para documentales relacionados con el tema de la salud.

Seis años después de que presentó su propuesta con Cine Revolucionario, Gabriel Figueroa planteó nuevamente al Departamento de Bellas Artes, ahora de manera individual, crear un Departamento de Cinematografía Educativa. Juan Manuel Aurrecochea afirma que los secretarios Véjar Vázquez y su sucesor, Torres Bodet, atendieron desde el Servicio de Educación Extraescolar y Estética el proyecto de Figueroa, sin que se haya explicado hasta el momento cuál fue el desenlace.²²

Entrada la década de los cuarenta comenzó la etapa del cine mexicano conocida como la *época de oro*, donde el paisaje campirano con sus peones, hacendados y caporales se volvió imprescindible. Se trata del momento en que despuntaron el cineasta Emilio *el Indio* Fernández y Gabriel Figueroa, en calidad de fotógrafo y no de promotor de Cine Revolucionario, quienes a su gusto crearon la representación de un México pintoresco rodeado de nubes, valles, pencas de maguey y riachuelos secos, que conformó el mito del campo y del campesino cabal al que le llueven las tragedias.²³ El cine como fábrica de imaginarios se apropió de la estética producida por la dupla Fernández-Figueroa para construir representaciones del México posrevolucionario, que fueron vistas y asimiladas por miles de mexicanos y que los distinguió en el extranjero. Rafael Aviña, sin quitar mérito a los directores de cine de esta etapa, opina que

²⁰ AHSEP, Subsecretaría, “Circular del depto. Administrativo relativo al presupuesto para 1940”, José Castelot, B/136, exp. 139, 1939.

²¹ AHSEP, Psicopedagogía e Higiene, caja 5163.

²² Sobre el papel de Gabriel Figueroa como educador visual y su proyecto de crear un Departamento de Cinematografía Educativa en la SEP, véase Aurrecochea, 2008, pp. 115-125.

²³ Aurrecochea, 2008, pp. 115-125.

el fenómeno cinematográfico nacional “de oro” se debió a la crisis que produjo la Segunda Guerra Mundial en Hollywood. Este autor sostiene que México aprovechó el letargo en la producción hollywoodense para dar un salto importante en la producción de películas que alcanzaron un gran reconocimiento internacional.²⁴

En películas “doradas”, como *María Candelaria* y *Río Escondido*, el tema de la salud-enfermedad estuvo presente. Los protagonistas padecen paludismo o viruela y penden entre la vida y la muerte, y no precisamente por la falta de atención médica, sino por la negligencia de presidentes municipales corruptos a quienes poco les importaba la salud de la población. En historias como la representada en *El rebozo de Soledad* se muestra la desazón diaria de los médicos asignados a comunidades rurales pobres, donde la miseria de sus habitantes hacía más difícil su labor. Películas como éstas forjaron la representación de un mundo rural enfermo que en las décadas de los cuarenta y cincuenta aún carecía de los servicios médicos más básicos. A la par que estas películas se filmaban y exhibían en el país, las campañas de salud y de educación higiénica se posicionaban como la estrategia del Estado para extender los servicios de salud a lo largo del territorio nacional, erradicar enfermedades epidémicas y difundir consejos sanitarios. Entonces, “otro” tipo de cine sirvió para promover estas actividades y las películas, diferentes a las “doradas”, utilizadas para educar higiénicamente a la población ahora se presentan como una valiosa fuente de estudio para explorar la dinámica social y cultural de la época y las representaciones que construyeron al individuo ideal, es decir, aquel que era limpio, sano, feliz y protegido por un Estado benefactor que debutó en pantalla como el promotor de las películas.

Las décadas de los cincuenta y sesenta significaron, en materia de salud pública, la consolidación institucional de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creada en 1943, la aparición del Instituto Mexicano del Seguro Social el mismo año y la inauguración de modernos hospitales, cuya construcción se había diseñado con el Proyecto Hospitales, encabezado por Gustavo Baz Prada, en 1944. Fueron las décadas de la erradicación de enfermedades como la viruela, en 1952, y del inicio de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, en 1957. Otras enfermedades, como la oncocercosis, el mal de pinto y la poliomielitis, también movilizaron importantes campañas nacionales con miras a su erradicación. Estos aconte-

²⁴ Aurrecochea, 2008, pp. 115-125.

cimientos, entre otros, inspiraron la producción cinematográfica de la SSA con base en relatos de vida cotidiana personificados por actores de carne y hueso que se parecían al espectador que los veía porque al igual que éste, estudiaba y trabajaba (en el campo o en la industria), se enfermaba y, si atendía las lecciones de higiene y prevención recomendadas en las películas, se curaba. Uno de los aspectos importantes es que estos cortometrajes mostraban al espectador como el único beneficiario de lo que sucedía en pantalla. Los cortometrajes también buscaron reforzar el papel del Estado mexicano como promotor de los servicios de salud para la población nacional, y dejaron en segundo plano los consejos, más didácticos, plasmados en los cortometrajes estadounidenses.

PARA COMBATIR LA SÍFILIS

Inundaremos la República de propaganda antivenérea y desde el aeroplano que dispersa en un momento millares de hojas impresas hasta el simple consejo personal, son medios que en un momento se echará a mano para hacer efectiva la labor propuesta.²⁵

El número de enfermos de sífilis que murieron entre 1916 y 1925 aumentó gradualmente de 195 a 368, y con estas cifras el doctor Bernardo Gastélum²⁶ buscó justificar una gran campaña nacional.

²⁵ *BDSP*, núm. 1, 1927, p. 214.

²⁶ Bernardo Gastélum (1886-1982) nació en Culiacán, Sinaloa. El presidente Álvaro Obregón lo designó subsecretario de Educación el 2 de octubre de 1921. Cuando José Vasconcelos renunció al cargo de secretario de Educación, Gastélum ocupó su lugar, de julio a diciembre de 1924. El 1º de diciembre de ese año, el general Plutarco Elías Calles lo nombró jefe del Departamento de Salubridad Pública (1924-1928). Como integrantes de su equipo de trabajo nombró secretario particular a Jaime Torres Bodet y como secretario general del Departamento al ingeniero Roberto Medellín; a Narciso Bassols lo nombró jefe de la Oficina Jurídico Consultiva de Salubridad. Este último, junto con Enrique Montterrubio, quien lo sucedió en el cargo, asesoró al doctor Gastélum en la elaboración del Código Sanitario de 1926. Véase Bustamante, 1986. El antecedente de Gastélum como funcionario de la Secretaría de Educación Pública y la participación de destacados personajes como Jaime Torres Bodet, Roberto Medellín y Narciso Bassols involucrados en el proyecto educativo y cultural posrevolucionario sugiere una investigación más detallada sobre la vinculación que se dio entre la Secretaría de Educación Pública y el Departamento de Salubridad.

Cuadro 1

<i>Año</i>	<i>Defunciones nacional Causas sin definir</i>	<i>Defunciones por sífilis</i>	<i>Porcentaje</i>
1916	23 922	195	0.82
1917	18 420	216	1.17
1918	23 318	258	1.11
1919	13 081	207	1.57
1920	19 177	245	1.27
1921	17 699	228	1.28
1922	18 567	246	1.32
1923	18 557	252	1.36
1924	19 406	281	1.45
1925	20 499	368	1.80

Fuente: *BDSP*, núm. 4, 1926. Sección editorial: “La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social”, discurso de Gastélum como delegado del gobierno de México en la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública en Washington, pp. 15-18.

En cuestiones de legislación, ¿qué recomendaba el Código Sanitario de 1926, reformado por el doctor Bernardo Gastélum un año antes, para controlar y de preferencia evitar el contagio de la sífilis? Al parecer, no mucho, porque solamente en su capítulo II, al especificar cuáles eran las enfermedades transmisibles, categoría en la que entraban la sífilis y la blenorragia, básicamente se orientaba a los médicos sobre la importancia de identificar, denunciar y aislar a quienes las padecieran. Las medidas profilácticas y de prevención fueron presentadas por Gastélum en la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública, celebrada en la ciudad de Washington a finales de 1926. Allí presentó su ponencia “La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social”, cuyo eje argumental era considerar la profilaxia de esta enfermedad como una tarea central del DSP. Y no era para menos, las cifras dadas por Gastélum requerían de atención: “Para México puedo asegurar que 60% de la población padece la *infección específica*, esto significa que sólo en la capital hay más de 50% de los habitantes sifilíticos. Hay cerca de 29 000 mujeres que ejercen la prostitución y de ellas 18 000 tienen. De la población entre 15 y 25 años, 30% padece de esta afección”.²⁷

²⁷ Gastélum, 1926, núm. 4, p. 5.

El médico no desconocía dos problemas centrales. Primero, una deficiente orientación sexual entre los jóvenes, tema que empezaría a discutirse nacionalmente a inicios de los años treinta, cuando Narciso Bassols fungía como secretario de Educación y propugnó por difundir educación sexual desde la primaria.²⁸ En su momento, Gastélum solamente incluyó a los jóvenes porque opinaba:

La mayoría de las infecciones específicas se adquieren al finalizar la adolescencia y principiar la juventud; es precisamente el instante en que aparecen los instintos cuando el hombre inaugura derroteros diversos a los que recorrió hasta entonces. Ignorar el futuro en lo que tiene de más trascendental para la vida es una omisión que la enseñanza no se hará personar nunca. La mayoría de las sífilis se adquieren en estos momentos y es sensible que sea la experiencia de una salud que no volverá a recuperar la que enseñe al joven un acontecimiento que se le ocultó a nombre de un pudor que encontrará, después, absurdo. Lo que una educación inteligente debería haber evitado, una enseñanza clandestina ha deformado y pervertido.²⁹

El segundo problema eran las limitaciones del DSP para identificar a los enfermos, porque la sífilis no era considerada una enfermedad de declaración obligatoria. Además, el código recién expedido favorecía la *clandestinidad* de la enfermedad al aceptar, en sus artículos 128, 129 y 130, el *registro privado* o *secreto profesional* de los médicos que reconocían a los enfermos.³⁰ Gastélum se refirió a las prostitutas y *las clandestinas*—eran las prostitutas que ejercían sin haberse registrado ante el Departamento de Salubridad— como el primer eslabón de la cadena de contagio, al que seguían los hombres que tenían relaciones sexuales con ellas y quienes después contagiarían a sus esposas, que quedaban propensas a transmitir la enfermedad al hijo que pudieran engendrar.

²⁸ El médico Alfredo M. Saavedra afirma que en 1912-1913 el doctor Alfonso Pruneda, como rector de la Universidad Popular Mexicana, organizó ciclos de enseñanza de educación sexual “a los que concurrían con seria honestidad multitud de jóvenes”. También refiere que, en 1922, Ignacio Millán, en su tesis “Higiene Escolar”, planteó a la SEP la importancia que tendría la implantación de la educación y la higiene sexual en las escuelas. Véase Saavedra, 1967, pp. 19 y 21.

²⁹ Gastélum, 1926, núm. 4.

³⁰ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, 1926, p. 35.

El jefe del DSP planteó los problemas mencionados, pero también diseñó un plan para contrarrestarlos y así lo expuso en el Congreso. Primero, propuso que se instalaran más dispensarios antisifilíticos pues solamente existirían seis en la Ciudad de México. Segundo, se exigiría a las parejas próximas a contraer matrimonio la prueba Wassermann.³¹ Tercero, depositó en lo que llamó el *buen matrimonio* la confianza de que se frenaría el contagio de la sífilis de madre a hijo, porque buscarían convencer “al padre de familia que entregara su hija al hombre sano”.³² También anunció que se restringiría la apertura de *hoteles* que sólo servían para alojar por breves momentos a parejas que sostenían relaciones sexuales pasajeras y clandestinas. Por último, aseguró que estas medidas favorecerían que las prostitutas se convirtieran en obreras y, en consecuencia, al aprender un oficio diferente, dejarían de ejercer el suyo. Según Gastélum, este cambio las llevaría a establecer su relación con los hombres por amor y no por dinero.

Para llevar a cabo estas acciones, el jefe del Departamento anunció que desde la SEHP se haría una intensa campaña de propaganda y educación higiénica que habría de efectuarse en todo el país, y cuyo plan fue difundido en periódicos de circulación nacional desde el último trimestre de 1926; es decir, tres meses antes de la inauguración oficial de la campaña. El doctor Octavio Rojas Avendaño era el jefe de la Sección y convocó a la prensa para informarles que a partir del 1º de enero de 1927 se seleccionarían dos estados por mes para trasladar la brigada sanitaria, que estaría conformada por un jefe, tres estudiantes de medicina conferencistas, un fotógrafo y un manipulador de aparatos cinematográficos, lo cual ya anticipaba el uso que se haría de este instrumento.³³

La campaña de educación higiénica antivenérea se basó principalmente en la presentación de conferencias sobre la profilaxis de la sífilis, sus consecuencias y, sobre todo, las formas para evitarla. Se procuró darles un

³¹ El primero en elaborar un suero-reacción para descubrir la presencia de sífilis en la sangre fue el alemán August von Wassermann (1866-1925), en 1906. Para conocer los tratamientos antisifilíticos empleados en México, véase Estrada, 2001, pp. 47-53. Sobre las inexactitudes de la prueba Wassermann, véase Ríos Molina, 2007, pp. 161-168.

³² Gastélum, 1926, p. 5.

³³ El itinerario fue el siguiente: Estado de México, Hidalgo, Morelos, Querétaro, Michoacán, Guanajuato, Aguascalientes, Veracruz, Tlaxcala, Puebla, Sinaloa, Sonora, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Durango, Zacatecas, S.L.P., Coahuila, Campeche, Nuevo León, Tamaulipas, Tabasco, Yucatán, Quintana Roo, Nayarit, Baja California, Jalisco y Colima.

tono que “no hiriera en lo mínimo la susceptibilidad moral de los oyentes”, porque se procuraría un tono estrictamente científico. El propio Rojas Avendaño impartió un “cursillo” de educación sexual para jóvenes preparatorianos en el Anfiteatro Bolívar. Se imprimieron los folletos ilustrados “Un padre sífilítico” y “Ciego”, y se pegaron carteles en tranvías y en todos los lugares donde “era necesario despertar la inquietud por la salud”.³⁴ La proyección de películas se anunció como la novedad de la *política de persuasión* implícita en la campaña. Se informó que se habían comprado en el extranjero y que, “con las adaptaciones al caso”, se exhibirían.

Como veremos a continuación, a mediados de 1927 se puso en marcha esta campaña y Gastélum apostó a la persuasión y la educación higiénica como las principales armas de combate. En su discurso inaugural afirmaba que 50% de la población de la capital mexicana padecía sífilis y que en la población nacional había 60% de contagiados. Contrastándolo con las cifras que él mismo expuso, pareciera que exageró los números. Sin embargo, más que la mortalidad, lo que le preocupaba era la morbilidad, decía: “No hay que hacer el balance de la infección sífilítica precisamente por la mortalidad sino por la morbilidad. Un país no conocerá los graves trastornos de orden económico que ocasiona la sífilis, sino hasta el momento en que se ponga a contar el número de abortos y partos prematuros que provoca”.³⁵

CAMPAÑA ANTIVENÉREA Y ESTRENOS FILMOGRÁFICOS

Como quiera que el porcentaje de atacados amerita una campaña contra las Enfermedades Venéreas y tengo noticias de que en las poblaciones de Ario y Pátzcuaro se observan otro tanto, lo hago del conocimiento del DSP para que emprenda una campaña en favor de la salud de estas gentes, teniendo en cuenta que este lugar posee un salón para cine.³⁶

El 16 de enero de 1927, el doctor Bernardo Gastélum inauguró la Campaña Nacional Antivenérea en el Teatro Principal de la ciudad de Toluca. Su misión era combatir la sífilis y gonorrea, “las dos más graves enfermedades

³⁴ Saavedra, 1967, pp. 24-25.

³⁵ Gastélum, 1926, p. 17.

³⁶ Carta de Francisca Huerta, trabajadora social en la Misión Cultural de Santa Clara Michoacán, AHSS, Salubridad Pública (SP), fondo Inspección Antivenérea (IAV), caja 3, exp. 4, 2 de mayo de 1931.

que afligen a la humanidad y acrecen cada año el número de víctimas”. Reconoció que la lepra, la tuberculosis y el cáncer eran problemas que interesaban a la Salubridad Pública, pero se había escogido combatir las enfermedades venéreas “por lo que tienen de significación para la felicidad de la familia y el porvenir de la raza.”³⁷

El cine fue el gran protagonista en esta campaña, y el mismo día de la inauguración se exhibió la película silente estadounidense *Listos para vencer* (*Fit to Win*).

A las 10 de la mañana del día 11 se efectuó la primera matiné de la serie en el Imperial Cinema, habiendo abordado el tema del aspecto social de la campaña antivenérea el doctor Cosío Villegas, y hecho enumeración de las lesiones que el mal venéreo produce el pasante de medicina señor Ernesto Olmos. Se proyectaron las películas *Falso pudor* y *Listos para vencer* y se hizo la repartición profusa de 10 500 folletos de propaganda antivenérea.³⁸

La entrada a estas funciones organizadas por el Departamento era gratuita y se habían girado volantes que se repartieron entre el gremio de obreros, sindicatos y demás sectores de la población para que asistieran a las matinés dominicales. También se anunció la exhibición de *Al final del camino*.

PRIMERA LLAMADA: *LISTOS PARA VENCER*

En 1910, Thomas Alva Edison realizó la primera película de educación higiénica para la Asociación estadounidense de Tuberculosis. Años más tarde, en 1913, se realizó el primer drama, *Damaged Gods*, dirigido por el francés Eugene Brieuxs, cuyo tema central fue el combate a las enfermedades de transmisión sexual. Dicha película llegó a Nueva York como parte de una campaña de higiene y Allan Bradt sostiene que se convirtió en el símbolo que marcó el inicio de una política de apertura que se tradujo en series y dramas con temas sexuales.³⁹ A partir de ese momento, cada

³⁷ Discurso de Inauguración Campaña Nacional Antivenérea, *BDSP*, núm. 3, 1927.

³⁸ “Exhibición de películas en la campaña antivenérea”, *BDSP*, núm. 3, 1927, p. 147.

³⁹ La trama se centra en la atención pública de las enfermedades de transmisión sexual, apela a la unión familiar y propugna por la *santidad* del matrimonio como institución. Véase Brandt, 1985, pp. 47-48.

aspecto relacionado con la salud, desde cepillos de dientes hasta *toilets*, se convirtió en tema para la industria cinematográfica comercial.⁴⁰

Durante la Primera Guerra Mundial las películas sobre enfermedades de transmisión sexual jugaron un papel importante entre las fuerzas armadas estadounidenses. La preocupación del ejército y el gobierno de Estados Unidos por el acelerado incremento en el número de soldados contagiados de sífilis favoreció que dependencias federales y fundaciones particulares, como la Rockefeller, el US Public Health Service, la Armada, el Department of Health, Education and Welfare y la American Social Hygiene Association, produjeran cientos de cortometrajes, largometrajes y documentales (silentes y hablados) especializados en temas de higiene, prevención y combate a estas enfermedades.⁴¹

El 17 de abril de 1917, sólo 11 días después de la entrada de Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial, se formó la Comisión on Training Camp Activities, que organizó un programa de actividades recreativas, educacionales y de diversión. Poco después se integró la Social Hygiene Instruction Division, creada por Raymond Fosdick, bajo la dirección de la American Social Hygiene Association.⁴² A partir de entonces se desarrolló un programa más amplio de educación que básicamente promovía la abstinencia sexual como método preventivo. Los esfuerzos propagandísticos fueron varios y lo más sobresaliente fue la filmación, en 1918, del primer largometraje silente (drama) producido por el gobierno, *Fit to Fight* o *Listos para pelear*, que después de finalizada la guerra cambió su nombre a *Fit to Win* o *Listos para vencer*, tal y como se exhibió en México en el marco de la campaña nacional antivenérea de 1927.⁴³

⁴⁰ Pernick, 1996, p. 22. Este autor analiza la utilidad de las dos primeras películas higiénicas sobre el combate a la tuberculosis en Estados Unidos. De manera sintética aborda varias aristas del ejercicio filmográfico como instrumento de educación. La recepción es, por supuesto, un tema de interés.

⁴¹ El historiador Martín Pernick afirma que en 1928 existían en Estados Unidos 1 300 filmes (silentes) en temas médicos, producidos para todo público; Pernick, 1996. Para el caso británico, un sugerente artículo es el de Boon, 1999, pp. 45- 56.

⁴² Se organizó, en 1913, para apoyar los movimientos en favor de la pureza social y la educación sexual. En marzo de 1914 fue incorporada a la unión llamada American Vigilante Association and the American Federation for Sex Hygiene. Véase Colwell, 1992, p. 92.

⁴³ No fue posible localizar copia de este largometraje. Para conocer a detalle la trama se recomiendan los trabajos de Adolf Nichtenhauser y Allan Brandt. Véase bibliografía. La ficha técnica completa es: Director y escritor: Edward Griffith. Reparto: Sgt. Raymond McKee, interpretado por Billy Hale; soldado Harry Griro, interpretado por Chick Carlton, y Paul Nelly por Hank Simpson.



Fotografía 19. Reproducción tomada de Allan Brandt, *No Magic Bullet*, 1985.

La película la dirigió el teniente de guerra Edward H. Griffith,⁴⁴ director de la sección de cine de la Comisión on Training Camp Activities, y la produjo la American Social Hygiene Association. *Listos para vencer* es la historia de cinco jóvenes reclutas de diferentes estratos sociales y culturales, desde el jugador de fútbol americano colegial y el vividor que gustaba del vino y las mujeres, hasta el comerciante recién casado que antes de ser reclutado en el ejército llevaba una vida apacible. Todos coinciden en el campo de entrenamiento y reciben lecciones de educación sobre transmisión de enfermedades sexuales; tres de ellos las toman con atención y los otros dos se comportan de forma displicente y no hacen caso de los consejos recibidos. El día de descanso se reúnen en un bar y, ya entrados en copas, tres de los cinco amigos deciden ir al burdel. La consecuencia de su acto “irresponsable” fue que después de haber pasado la noche con prostitutas se contagiaron de sífilis. Por lo tanto, no le queda duda al espectador de

⁴⁴ Nació en Lynchburg, Virginia, el 23 de agosto de 1894. Estudió en Europa y se dedicó al periodismo hasta 1915, cuando entró en el mundo del cine. Fue actor y escritor para la Compañía Edison. Críticos de cine consideran que sus películas habladas fueron más interesantes que las silentes. Griffith fue el responsable de realizar la primera versión de Philip Barry's *Holiday* (1930) y fue productor y director de cortos para la Paramount a inicios de los cuarenta. Había dirigido ocho cortometrajes en 1917, cuando filmó *Fit to Win* y, como veremos más adelante, *The End of the Road*.

que son ellas las portadoras de la enfermedad. Ante tal acusación se hace evidente que el filme de Griffith presenta a dos tipos de mujeres: por una parte, las prostitutas y, por la otra, las madres esposas y hermanas de los soldados que los esperaban en casa a que volvieran del campo de entrenamiento. Las primeras son representadas, porque ése es el objetivo del guión, como saboteadoras, porque los soldados que pasaron la noche con ellas fueron contagiados y quedaron inhabilitados físicamente para combatir con el ejército estadounidense en defensa de su país. Más que preocuparse por la sífilis (que descubierta a tiempo podía tratarse médicamente), lo que subyace en el guión de esta película es que los reclutas contagiados sintieron culpa y vergüenza porque habían defraudado a su país.

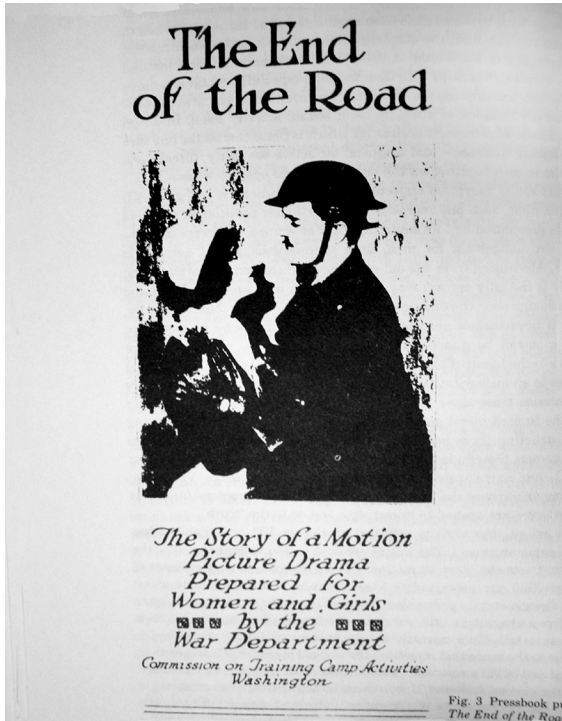
Griffith sugiere entonces que hay que estar listos para pelear en el campo de batalla pero también contra la enfermedad, es decir, la sífilis encarnada en las prostitutas que son el foco de contagio. La alternativa que ofrece este largometraje es definitiva y discriminatoria: hay que rechazar y denunciar a las prostitutas. A cambio, la abstinencia sexual aparece como el único método preventivo seguro, porque quedó reflejado en pantalla que la debilidad por el sexo promiscuo inhabilita físicamente a los ciudadanos comprometidos con su país para defenderlo de los países enemigos. A la par de la exhibición de *Listos para vencer*, *Al final del camino* también estuvo en cartelera.

*AL FINAL DEL CAMINO*⁴⁵

Two roads are there in life, one reaches upward toward the land of perfect love. The other reaches down into the Dark valley of Despair where the sun never shines.⁴⁶

⁴⁵ Dirigida por Edward H. Griffith, escrita por Katherine Bement Davis. Reparto: Richard Bennett como el Doctor Bell; Claire Adams como Mary Lee, y Joyce Fair como Vera Lynch. Es un largometraje de 35 mm y se encuentra en seis carretes que suman 5 900' de película (1 798.32 m). Existen copias en los National Archives and Records Administration (NARA), en la Motion Pictures Section de la Biblioteca del Congreso (Washington) y, según el historiador Martín Pernick, en el Museo de Arte Moderno de la ciudad de Nueva York. La copia resguardada en los NARA corresponde a la versión original.

⁴⁶ "Solo dos caminos hay en la vida: Uno se dirige hacia la tierra del perfecto amor; el otro se dirige hacia la oscuridad del valle de la desesperación en donde nunca brilla el sol". Epígrafe de uno de los cartones de inicio de la película.



Fotografía 20. Reproducción tomada de Stacie Colwell, 1992, p. 90.

La historiadora Katherine Bliss afirma que el estreno de *Al final del camino* despertó el interés del público mexicano que asistió a verla y que los espectadores se impresionaron con las imágenes de enfermedades sin tratar, provocadas por una vida de vicios y excesos. Según esta autora, el propósito de las autoridades al mostrar este filme fue impresionar a los espectadores con la idea de que una muerte dolorosa y degenerativa eran “el final del camino” en la vida de las prostitutas y los hombres que tenían relaciones sexuales con ellas.⁴⁷ ¿De qué trata la película y qué fue lo que (según Bliss) impresionó tanto a los espectadores?, ¿a quiénes estuvo dirigida y cuál fue su valor educativo?

Al final del camino es un largometraje silente, en blanco y negro, que se divide en seis actos y tiene duración de una hora. También fue dirigida por Edward H. Griffith y el guión fue escrito por la socióloga Katherine

⁴⁷ Bliss, 1996, p. 250.

Bement Davis en octubre de 1918.⁴⁸ Tras la elaboración de *Fit to Win*, dirigida exclusivamente para jóvenes soldados reclutados donde las prostitutas aparecen como las portadoras de la enfermedad, Bement Davis decidió exponer la otra cara de la historia y prevenir a las mujeres del contagio de la sífilis, ya que en su versión serán los hombres los portadores.

La historiadora Stacie Colwell afirma que el guión de Bement Davis para *Al final del camino* estuvo asesorado por la American Social Hygiene Association, y junto con la guionista definió tres objetivos que debían darle sentido al filme: fomentar la educación sexual, familiarizar al espectador con el lenguaje propio del tema —el uso de las palabras sexo, sífilis, gonorrea— y representar al médico ideal.⁴⁹ Para lograrlo, la autora presentó, a diferencia del caso de los soldados reclutados, historias de la vida cotidiana en las que cualquier mujer, sin importar oficio, condición social o forma de vida, podía verse involucrada. Para captar el interés de una audiencia más amplia y no sólo de mujeres, combinó el tema central de su película, el combate a las enfermedades de transmisión sexual, con historias de amor, desamor e infidelidades.

Trama y desenlace

Las protagonistas son Mary Lee y Vera Wagner, dos adolescentes provincianas a quienes Griffith presenta en su entorno familiar y en el apacible pueblo donde nacieron. El campo es representado de forma idílica, limpio, sereno, y quienes allí viven llevan una vida alejada del bullicio citadino y, sobre todo, de las tentaciones propias de la gran ciudad; sin embargo, el destino de las protagonistas las llevará por caminos diferentes. Mary tiene una madre cariñosa y preocupada por su educación porque quiere que su hija sea una mujer “de bien”. La madre explica a su hija los pormenores de su embarazo y, para ilustrar su plática, le muestra un libro sobre educación sexual que trae consigo y con el cual veremos a Mary varias veces en escena.⁵⁰

En contraste con esta representación de la afectuosa relación entre madre e hija, la mamá de Vera aparece como una mujer arrogante, indi-

⁴⁸ Ocupaba el cargo de Directora del War Department's Comité on Protective Work for Girls de la Armada de Estados Unidos.

⁴⁹ Colwell, 1992, pp. 105-109.

⁵⁰ El título en neerlandés es *Levenskracht Wenken en raadgevingen voor jonge meisjes* Door. Dr. Janes S. Porter.

ferente y ambiciosa, que sólo aconseja a su hija buscar un hombre que, sin importar su condición civil, le ofrezca una buena posición económica. A diferencia del libro que Mary lee con su madre, Vera sostiene en sus manos el uno titulado *The Right Man*. Como veremos más adelante, la relación materna de cada una de las protagonistas influirá de manera importante cuando ambas jóvenes deciden mudarse a la ciudad de Nueva York en busca de trabajo. Una vez instaladas allí, Mary, convertida en una adolescente bien educada y recatada, está ansiosa por servir a su país y se ofrece como enfermera voluntaria en un hospital, donde trabajará con el doctor Bell, médico militar adscrito al ejército de su país. Algunas pacientes allí hospitalizadas están enfermas de sífilis porque fueron engañadas y contagiadas por sus maridos. Por medio de estas mujeres se lanza al espectador una primera advertencia: la infidelidad conyugal favorece el contagio.

Lo dramático, según queda reflejado en las primeras escenas de la película, es que los esposos infieles siguen contagiando a más mujeres inocentes o ignorantes, quienes, a su vez, engendrarán hijos enfermos. La sífilis hereditaria, la que los padres sífilíticos transmiten a sus hijos, es presentada al público cuando aparece en escena el hijo ciego de una paciente contagiada de sífilis por su esposo, Rusell Ellbridge. Este personaje es el portador de la enfermedad y mientras su esposa e hijo son atendidos por el doctor Bell, lo veremos haciendo alarde de su galanura, acompañado de otras mujeres, como Mary Sinclair, quien al final de la película será una víctima más de la sífilis transmitida por Ellbridge.

A diferencia de la vocación altruista de Mary, Vera está más preocupada por conocer a un apuesto galán y lo logra al trabajar en un gran almacén donde coincide con un arrogante Howard, quien, desde su primera aparición en pantalla, no disimula sus “sucias intenciones”. Finalmente, tras varios intentos fallidos por seducirla invitándola a elegantes clubes, ofreciéndole falsas propuestas de matrimonio y una linda casa, Vera cede a los coqueteos de Howard. Al poco tiempo de salir con él brotan en su cuerpo dos síntomas de la fase inicial de la sífilis: manchas rojas en la piel, que aparecen después de 20 o 30 días de incubación del germen (chancro duro), e hipertrofia de los tejidos linfáticos, es decir, ganglios (de Ricord) inflamados. En Vera, las manchas aparecen en el cuello, así que cuando asustada se los muestra a Howard, él se ofende porque se siente acusado y, en un arranque histérico, abofetea a Vera y se sale de la casa dejándola tirada en el suelo.

Vera ignora la causa de sus síntomas, así que confía en su amiga Mary quien con el doctor Bell realizan un primer diagnóstico y, como era de esperarse, la prueba de sífilis es positiva. Si recordamos que uno de los propósitos de la propaganda médico-sanitaria era atemorizar a la población con imágenes que acentuaran las consecuencias negativas de las enfermedades, ya por el deterioro físico que ocasionaban o por la pobreza que traían consigo al inhabilitar a los enfermos para trabajar, en *Al final del camino* será en un hospital y con mujeres sifilíticas donde se muestren las fatales consecuencias de la enfermedad.

Mary, Vera y el doctor Bell visitan el pabellón de sifilíticas con la intención de que Vera y los espectadores *veamos* las consecuencias físicas y mentales de la enfermedad. En cinco diferentes escenas se nos muestran los estragos ocasionados por la sífilis en sus cuatro periodos y para ello vemos a mujeres con severas escoriaciones en la piel –sobre todo en piernas y brazos–, disfunción motriz –la mujer que la padece apenas puede sostenerse en pie y camina con una enorme dificultad–, ceguera y locura –cuarta fase en la que el *treponema pálido* afecta el sistema nervioso–. Las enfermas aparecen sentadas en un patio, tomando el sol, y como si respondieran al llamado de la cámara que las filma, actúan frente a los visitantes, exageran sus movimientos y los acosan. Vera no puede disimular el terror que siente de verse en esa situación y Mary, que está familiarizada con casos semejantes, parece no sorprenderse. Después de esta lección, la oportuna intervención y temprano diagnóstico del doctor Bell ayudarán a Vera a frenar el avance de la sífilis. Después de la visita a este pabellón, Vera es atendida por un especialista que le explica cómo seguir su tratamiento médico.

Debido a la falta de consejos sobre la vida sexual, la ambición por el dinero y la irresponsabilidad, Vera fue presa fácil del contagio de sífilis. Su última aparición en pantalla la muestra trabajando en una fábrica: su indumentaria es sobria y en su rostro vemos una mirada serena. Por medio de estos elementos se hace evidente que está en tratamiento y que se salvó de morir. En cambio, Mary, hija de madre ejemplar, involucrada de lleno en el campo de la medicina y con la aspiración personal de ayudar al prójimo, estaba bien informada al respecto.

Las copias existentes de *Al final del camino* muestran dos finales para una misma historia. La copia, en su versión editada y con cartones en deutsch, termina con una romántica escena en la que Mary y el doctor Bell, a bordo de un barco, miran embelesados la Estatua de la Libertad que se erige como símbolo de la victoria. En la versión original (sin edi-

tar) vemos al doctor Bell y Mary enlistados en el ejército estadounidense, trabajando en los campamentos militares y atendiendo a las mujeres que están allí en espera de que sus hombres vuelvan de batalla. Se trata de las mujeres a quienes Griffith diferenció de las prostitutas en su primer largometraje *Listos para vencer* y a quienes Bement Davis presentó igualmente vulnerables y propicias al contagio. No queda duda de que la autora de *Al final del camino* señaló a los hombres *irresponsables* como los portadores de la enfermedad y a las mujeres *ignorantes* como las víctimas, pero con este segundo final promovió la prevención.

Las películas comentadas se realizaron para un público definido: soldados reclutados para la Primera Guerra Mundial y mujeres de aquella época. Ambas historias se desarrollaron en el contexto de la cotidianidad rural y urbana estadounidense de principios del siglo xx y acentuaron el *drama* que vivieron los protagonistas contagiados de sífilis. Tomando en cuenta que se vieron en México, hay una pregunta que nos lleva a pensar en la recepción que tuvieron: ¿cómo habrá impactado en la población mexicana, mayoritariamente analfabeta y rural, una historia urbana con personajes que vivían, vestían y frecuentaban lugares diferentes a la realidad citadina mexicana de los años veinte? Si recordamos que la primera versión cinematográfica de *Santa* (1918) ya era conocida en México cuando se proyectó *Al final del camino*, cabe suponer que ciertos elementos de una y otra fueron familiares para el público mexicano, por ejemplo, detalles de la ambientación y el vestuario, el que las protagonistas abandonaron el campo para ir a la ciudad en busca de trabajo —con la clara diferencia de oficios—, que en ambas historias la enfermedad conlleva al drama que viven las protagonistas y que las enfermas encuentran en la figura del médico la posibilidad para curarse. Sin embargo, la diferencia está en que *Al final del camino*, realizada con un claro propósito pedagógico y financiada por una institución de salud, tuvo un final feliz. *Santa* no lo tuvo y, antes de morir, convertida en una prostituta en decadencia, dejó de asistir a sus revisiones médicas. Se dice —en la película— que murió de cáncer, pero el fantasma de una enfermedad venérea, como aparece en la novela de Gamboa, ronda ocasionalmente el filme. Julia Tuñón sostiene que “enfermar a Santa de cáncer fue una forma de salvarla de la carga moral que soportan los males venéreos, pues las cuatro versiones fílmicas son interpretaciones edulcoradas de la novela, que le quitan toda su crudeza”.⁵¹

⁵¹ Tuñón, 2005, p. 68.

Como parte de un programa de educación sexual para la población, las películas antivenéreas de Griffith también se exhibieron, no exentas de polémicas, en cines comerciales de las ciudades de Washington y Nueva York.⁵² Para medir la recepción que tuvo *Al final del camino* en su época, se realizaron dos proyectos de investigación. El primero lo dirigió un profesor de Columbia University con estudiantes de verano, que hicieron encuestas y determinaron que la aceptación de la película fue total. Sin embargo, la US Interdepartamental Social Hygiene Board quedó insatisfecha e invirtió 6 600 dólares para un nuevo estudio dirigido por el Laboratorio de Psicología de la Johns Hopkins University. A sus promotores les interesaba conocer si, en efecto, la película cumplía con la intención pedagógica que la había originado. Los investigadores Karl Lasshley y John Watson dirigieron este segundo estudio y su resultado arrojó que la mayoría de las mujeres encuestadas aceptaban la película y sugerían que los adolescentes la vieran.⁵³

Recepción en México

Ocho años después de la exhibición de estas películas en Estados Unidos, cuando el doctor Bernardo Gastélum inauguró la Campaña Nacional Antivenérea en México, *Listos para vencer* estaba en cartelera. *Al final del camino* y *Falso pudor* completaban la tríada filmográfica para la campaña y, a lo largo del primer semestre de 1927, sabemos que se proyectaron indistintamente en los estados por los que pasaba. Para septiembre del mismo año hubo una mejor organización para su difusión y el Departamento agendó varios fines de semana para exhibirlas en cines de la Ciudad de México. Movilizó a enfermeras a la calle para que invitaran a los transeúntes al cine y envió invitaciones a asociaciones gremiales. Acompañadas por conferen-

⁵² El periódico *New York Times* publicó varias notas que informan de la resistencia del comisionado de la ciudad de Nueva York a que se exhibiera *Fit to Fight* por considerarla inmoral y obscena. Cuando la película se estrenó en la Opera House, de Brooklyn, amenazó al propietario con quitarle su licencia, véase *New York Times*, 18 de mayo, 1919, "A film controversy", p. 52. Desconozco cuánto tiempo se mantuvieron en cartelera o si fueron utilizadas por la American Social Hygiene Association.

⁵³ Colwell trata con detalle este asunto así como los estudios que realizaron las universidades de Columbia y Johns Hopkins para medir el efecto y la recepción que tuvieron ambas películas entre la audiencia, Colwell, 1992, pp. 109, 112 y 113.

cias, como la titulada “Los males contra la salud de la especie”, el sábado 11 de septiembre se presentó la película *Falso pudor*. El Departamento de Salubridad anunció su estreno y reprodujo en su *Boletín* las fotografías de una numerosa concurrencia que asistió al cine.

El periódico *El Universal* publicó lo siguiente:

Ante una concurrencia muy numerosa pues llenaba totalmente las localidades del cine *Monumental*, el DSP hizo exhibir una producción cinematográfica alemana cuyo argumento interesante y novedoso, desde un punto de vista artístico, va encaminándose a señalar los estragos de las enfermedades que ponen en peligro la salud de la especie. Dicha exhibición fue seguida con toda atención por el público que aplaudió repetidas veces el noble espíritu humanitario que informa su argumento.⁵⁴

De la misma película, escribieron en el *Boletín*: “sumamente interesante a la vez que espectacular pues consta de una serie de dramas impresionantes y angustiosos suscitados por las enfermedades sexuales”.⁵⁵ Desafortunadamente, ambas citas fueron las únicas referencias encontradas en las que se habló explícitamente de la película y la numerosa asistencia del público a la sala de cine. No apareció en ese momento la pluma de ningún médico o representante de la SEHP que ofreciera una descripción más detallada de alguna película citada hasta el momento. Estas circunstancias nos revelan el hermetismo e indiferencia de los médicos para analizar las películas, y si bien desconocemos las causas podemos suponer que confiaron plenamente en que el efecto de las imágenes y las historias narradas cumplirían su objetivo didáctico. No obstante esta aparente indiferencia, el Departamento de Salubridad prestó copias e incentivó su proyección, y así lo hizo con la Sección de Psicopedagogía e Higiene de la SEP, a la que en 1936 solicitó la devolución de “los cinco rollos de *Listos para vencer*” que habían prestado a una misión cultural activa en ese momento.⁵⁶

Después de vista y analizada la película *Al final del camino*, no comparto la apreciación de Katherine Bliss, quien afirma que “los espectadores se impresionaron con la idea de que una muerte dolorosa y degenerativa era el final del camino en la vida de las prostitutas y los hombres que se

⁵⁴ *El Universal*, 12 de septiembre de 1927.

⁵⁵ *Memoria del DSP, 1925-1928*, tomo II, p. 264.

⁵⁶ Carta del DSP a la SEP, “Rogándoles se sirvan remitirnos las películas indicadas”, 17 de agosto de 1936. SEP-DPEH, caja 5161, 5057/31, DSP.

involucraban con ellas”.⁵⁷ Como ha quedado claro, esta película no habla de prostitutas ni de muerte sino de mujeres contagiadas de sífilis y en riesgo de morir porque fueron engañadas por sus maridos y compañeros ocasionales, como Howard. Lo que la escritora de este guión buscó fue prevenir al espectador, particularmente a las mujeres, de que la infidelidad era una causa de contagio. Además, la muerte por sífilis era evitable con un diagnóstico temprano y tratamiento médico adecuado.

Como veremos a continuación, la campaña antivenérea mexicana, inaugurada en 1927, se mantuvo a lo largo de las décadas siguientes porque combatir la sífilis fue una tarea intrínseca de las campañas de salud. El cine siguió utilizándose, pero el Departamento de Salubridad Pública se quedó sin el apoyo de los cines metropolitanos para proyectar películas avaladas por dicha institución. El peso de la censura y las opiniones de funcionarios ajenos al mundo médico casi logran impedir la proyección de otra película estadounidense dedicada a la transmisión de enfermedades sexuales.

EL PRECIO DE UN DESLIZ, UN ESTRENO CONDICIONADO

El Código Sanitario de 1926 fue modificado en 1934. En este nuevo documento, los artículos 160, 168, 169 y 175 establecieron (o reiteraron) medidas destinadas al registro privado de las enfermedades venéreas, su tratamiento obligatorio, la exigencia del certificado prenupcial y la prohibición de amamantar en los casos en que la mujer o el niño tuvieran una afección venérea. Por supuesto, se mantuvo vigente la obligatoriedad de notificar a las autoridades sanitarias los casos de enfermos de sífilis.

Al amparo de esta nueva legislación y del Plan Sexenal elaborado por el Partido Nacional Revolucionario previo a las elecciones de 1934, las autoridades del DSP continuaron impulsando la campaña antivenérea y desde las unidades sanitarias y las delegaciones de las que hablamos en el capítulo primero se llevaron a cabo las acciones necesarias para denunciar casas de prostitución clandestina, realizar las pruebas Wassermann y tratar a los enfermos de sífilis.

Las estrategias de educación higiénica se desdibujaron un poco y en el *Boletín DSP* las referencias a las funciones de cine también. Para estas fechas, el impulso cinematográfico parecía haber perdido intensidad; sin embargo,

⁵⁷ Bliss, 1996.

aún había películas por ver y los periódicos anunciaron la exhibición de *El precio de un desliz* en condiciones que hacen suponer que el Departamento ya no tenía el mismo apoyo de los dueños de cines que algunos años atrás exhibieron *Al final del camino*, *Falso pudor* y *Listos para vencer*. Además, estaba en la mesa de discusión la impartición de la educación sexual en las escuelas.⁵⁸ El secretario de Educación, Narciso Bassols, había presentado un año antes el plan para promoverla, pero desde el principio hubo reacciones contrarias de padres de familia y maestros. El plan no prosperó y lo único que se logró fue la renuncia de Bassols.⁵⁹ En este escenario, se buscaba un espacio para otra película sobre el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

El 1° de enero de 1934, el periódico *El Universal* publicó que tras previo acuerdo entre Jenings, dueño del Cinema Olimpia, donde se festejó el primer año de la campaña antivenérea en 1928, los censores del Departamento Central de la Ciudad de México y las autoridades del Departamento de Salubridad Pública, se exhibiría, a partir del 25 de enero y tan sólo por una semana, la película *El precio de un desliz*, producida por la compañía Columbia Pictures y catalogada como una película de carácter educativo (educación y profilaxis sexual). En una función privada, previa al estreno, Jenings se convenció de que no se trataba de una película “reprobable o repugnante a la moral” como se creía. Por esta razón, aceptó proyectarla en su cine.⁶⁰ Resultaba entonces que la censura dependía del dueño del cine.

La nota periodística refiere que esta “discutida película” había logrado revocar la orden de prohibición y obtener la licencia de exhibición de los funcionarios del Departamento Central, quienes se habían negado a su proyección porque era una película sobre transmisión de enfermedades venéreas que podría ofender la moral del espectador y mostrar escenas denigrantes. Para revertir esta opinión, algunas autoridades del DSP argumentaron que se trataba de una película útil para promover la educación sexual y, con ello, la prevención en el contagio de enfermedades sexuales, por lo que “le prestaban todo su apoyo moral”.⁶¹

Ante esta afirmación, el aval para proyectarla se consiguió pero con restricciones. La principal fue separar a la audiencia; es decir, habría funciones

⁵⁸ “No se impartirá la educación sexual”, *El Universal*, 15 de enero de 1934.

⁵⁹ Del Castillo Troncoso, 2000, pp. 205-206.

⁶⁰ “El Olimpia exhibirá *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 15 de enero de 1934, p. 7.

⁶¹ “El Olimpia exhibirá *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 15 de enero de 1934, p. 7.

vespertinas solamente para mujeres y nocturnas exclusivas para hombres. Según las autoridades del Departamento central, por el tema “las damas podrían sentirse mortificadas sabiendo que había hombres en el salón”.⁶² La siguiente restricción fue que por ningún motivo se permitiría la entrada a menores de 18 años. La principal condición fue que al finalizar la función, un médico especializado diera una conferencia al público asistente.

Desde el primer anuncio hasta el día de la exhibición apareció publicada la llamativa propaganda de la película, que constaba de un par de ojos de mirada inquisitoria acompañados de la frase “¡Abra los ojos!”. El dibujo se completaba con frases que buscaban despertar el interés o la curiosidad morbosa por verla: “nosotros no podemos decir aquí cual es el precio de un desliz” o “si usted supiera cuál es el precio de un desliz, jamás compraría un beso, compruébelo con sus propios ojos”.⁶³ Conforme se acercaba el día del estreno, el espacio que el periódico *El Universal* dedicó al anuncio era mayor y más llamativo.

¿Cuál era esa historia que generaba tanta controversia?, ¿cuál la trama que había aceptado el dueño del cine para exhibirla? Se trataba de una pareja de jóvenes (estadounidenses) recién casados y muy enamorados, que inician su vida conyugal con grandes expectativas y constantes declaraciones de amor eterno. A los pocos meses de casados, una “inesperada” decisión del marido lo llevó a involucrarse sexualmente con una prostituta que lo contagia de sífilis. Sin saberlo, infecta a su esposa, quien al enterarse cae en profunda depresión por el engaño y el “negro futuro” que se avecina, y ve en la muerte la única salida. Como lo dice el título de la película, el precio de un desliz provocó un drama conyugal con trágicas consecuencias para el marido infiel.

Nuevamente aparece la infidelidad como detonador del contagio de sífilis. Los hombres que se relacionaron con otras mujeres, generalmente prostitutas, además de infieles fueron ingenuos y demostraron su total desconocimiento sobre la enfermedad y su contagio. Además del drama en un hogar, la película emplea estrategias médico-científicas para explicar que el riesgo de la enfermedad puede reducirse si se identifica a tiempo y se busca la atención de un médico. Esta combinación hizo de esta película una propuesta de enseñanza en materia de educación sexual, avalada por el DSP, pese a que ninguno de sus médicos se pronunció directamente en

⁶² “El jueves se exhibe *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 21 de enero de 1934, p. 9.

⁶³ “El jueves se exhibe *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 21 de enero de 1934, p. 9.

su *Boletín*. La única referencia que encontramos es la mencionada en el periódico.

El entusiasmo gubernamental por la campaña antivenérea de 1927 había disminuido y en medio de la discusión por el plan de educación sexual propuesto por la SEP, el ambiente que permeó la exhibición de la película fue de desconfianza y escepticismo de algunas autoridades de la Ciudad de México. La resistencia vino de su parte. Pese a estas adversidades, después del cine Olimpia los dueños del cine Arcadia aceptaron exhibirla y, hacia marzo de 1934, la revista de la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM) anunciaba funciones para sus afiliados.⁶⁴ Para entonces, el número de personas que habían asistido a verla rebasaba por mucho las nada favorables expectativas de sus detractores y sus medidas conservadoras y “morales”.

RECONQUISTA, UNA VERSIÓN MEXICANA CONTRA LA SÍFILIS

Después de exhibidas las películas citadas apareció el Reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas,⁶⁵ promulgado por el presidente Lázaro Cárdenas en 1940. En este documento se establecieron los requisitos que, sobre enfermos contagiados de enfermedades de transmisión sexual, los médicos debían incluir en sus informes a los servicios de salubridad. También se les recordaba que el derecho de los pacientes era recibir atención médica hasta que se curaran. Se estipuló también que el objetivo principal de la campaña era crear más dispensarios y hospitales para abrir en ellos servicios antivenéreos.

A los tres años de promulgado el Reglamento (1943), la tasa de sífilis fue de 233 por 100 000 habitantes. En febrero de 1944, el presidente Manuel Ávila Camacho, a petición del Consejo General de Salubridad, firmó el decreto que declaraba de interés público para la salubridad de los mexicanos, la fabricación, elaboración, comercio e importación de la penicilina.⁶⁶ Debido a que en un inicio la penicilina fue altamente publici-

⁶⁴ Revista CROM, 1º marzo 1934.

⁶⁵ Véase copia en Álvarez Amézquita, 1960.

⁶⁶ El descubrimiento de la penicilina, por Alejandro Fleming, representa uno de los más grandes adelantos médicos del siglo. La capacidad terapéutica de este antibiótico inhibidor de la multiplicación microbiana, modifica tanto la clínica como la epidemiología de un gran número de padecimientos, susceptibles de ser prevenidos o curados, por cuyo mo-

tada, de alto costo, y debía ser repartida bajo prescripción médica, se creó la Comisión Nacional Reguladora de la Penicilina, que debía vigilar su distribución. Sin duda, el advenimiento de los antibióticos, particularmente la penicilina, modificó radicalmente el panorama de esta patología, al grado de que a mediados de los años cincuenta se llegó a pensar que la sífilis se controlaría de manera satisfactoria. Hacia 1948, la tasa de mortalidad por esta enfermedad fluctuaba alrededor de 12 defunciones por 100 000 habitantes. Las medidas educativas y profilácticas se mantuvieron a lo largo del periodo aquí estudiado; el doctor Jesús Kumate sostiene que aunque la morbilidad por venéreas en México ha sido mal conocida, es fundamental reconocer su gradual disminución.⁶⁷

La nueva Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, de 1957, utilizó el cine como parte de su programa de educación higiénica. En esta ocasión ya no se exhibieron las películas estadounidenses sino el cortometraje mexicano *Reconquista*, realizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, supervisado por los integrantes de la campaña y con el sello cinematográfico nacional sobre el combate a la sífilis en México de finales de los años cincuenta. La trama es la siguiente:

Juan es un joven ejemplar, estudioso, trabajador y recién casado, que el día de su graduación fue sonsacado por los “haraganes” de sus compañeros para ir a festejar al Salón Tropicana, “que se abre como trampa que acecha”. Animado por el alcohol, se atrevió a pasar un rato de “placer denigrante” con una “meretriz” y, sin importarle lo que sucediera en su casa, no regresó a dormir.⁶⁸ A la mañana siguiente, su mamá, su abuela y su esposa le recriminan su irresponsabilidad pero lo reciben con la noticia de que será papá, lo cual hace que olviden lo sucedido. Frente a la próxima llegada de su primer hijo, recibe una buena oferta de trabajo que lo obliga a realizarse el examen médico correspondiente. Para sorpresa del ingenuo protagonista, los resultados arrojan que tiene sífilis y, para identificar el origen del contagio, se ve en la necesidad de confesar al mé-

tivo se logra una baja de coeficientes de morboletalidad. Véase Álvarez Amézquita, 1960, p. 496. La penicilina es un antibiótico bactericida que actúa sobre la pared celular de las bacterias grampositivas. Fue el primer antibiótico producido comercialmente mediante su aislamiento, resolviéndose con ello viejos problemas de salud que eran un azote para la humanidad como los padecimientos bacterianos de vías respiratorias y aquellos de transmisión sexual, como la sífilis y la gonorrea. Véase Lasso Echeverría, 2001, p. 206.

⁶⁷ Kumate, 1977, p. 228.

⁶⁸ Los entrecomillados son míos. Las palabras son reproducción textual del documental.

dico su aventura en el cabaret.⁶⁹ De inmediato es enviado al dispensario “Dr. Eliseo Ramírez”, donde recibe información y “un simple tratamiento de penicilina”. Los médicos del dispensario localizan a la mujer del cabaret que lo contagió para darle tratamiento y lo mismo hicieron con la esposa de Juan, quien, por su embarazo, requería de atención y cuidados médicos.

Esta historia está acompañada con altisonantes contrastes musicales que intensifican las escenas donde se mencionan las palabras “prostitutas o meretrices”, “sífilis” y “un niño que pudo no haber nacido o quedar idiota por la culpa de la sífilis”, cuando al final de la película, Juan y su esposa salen felices cargando a su hijo recién nacido y sano. En otras, se suaviza el tono y es cuando se explica al público que “una simple inyección de penicilina” era “el tratamiento oportuno y eficaz” para que Juan viera sus “bellos sueños cumplidos”. Con final feliz, Juan convertido en padre de familia se cura y puede integrarse a su nuevo empleo.

En medio de un discurso moralista y dramático, el contagio de sífilis se sigue representando en un ambiente de irresponsabilidad alentado por el consumo de alcohol y la compañía de prostitutas. El protagonista de este cortometraje mexicano era un joven ejemplar hasta que se vio involucrado con estos dos “incómodos y riesgosos” acompañantes, y las consecuencias no pudieron ser otras. Sin embargo, su larga trayectoria como individuo responsable y trabajador podía permitirle un desliz sin condenarlo a un dramático desenlace.

¿En qué se diferencia *Reconquista* de *Al final del camino* y *El precio de un desliz*? Más allá del evidente desfase cronológico, en que esta película mexicana ya muestra el uso de la penicilina para tratar la sífilis. En este cortometraje no vemos los síntomas de la enfermedad; mucho menos a sífilíticos o sífilíticas deambular por el pasillo de un hospital; más bien, se acentúa que el descubrimiento temprano y la magia de la penicilina exentará a los enfermos de los síntomas. Por eso, lo que vemos son dispensarios funcionando a cabalidad para promover la prevención. Una coincidencia con *El precio de un desliz* es que el protagonista es hombre, recién casado y que lo contagia una prostituta. Sin importar la fecha de factura, repitió

⁶⁹ Esta escena raya en lo cómico porque si bien Juan está arrepentido y apenado por lo que hizo aquella noche, cuando le platica al médico su aventura en el cabaret aparece en pantalla el rostro de la mujer de sus aventuras, y de inmediato se dibuja en el rostro de Juan una sonrisa de complacencia al recordarla.

esquemas y reforzó la representación acusatoria hacia las prostitutas como las portadoras de la sífilis. En dos de los tres documentales hay un final feliz. Los avances científicos, el poder de la medicina y la oportuna aparición de los médicos en escena sentaron la base para que los sifilíticos, cualquiera que hubiera sido la causa de su contagio, se convirtieran en pacientes a quienes la medicina podía salvar de la muerte. Solamente el final de *El precio de un desliz* barajó realmente la muerte como opción. Así, los cortometrajes analizados, además de señalar a los portadores de la enfermedad y demostrar que llevar una vida desordenada traería consigo consecuencias negativas, se esforzaron por posicionar a la medicina científica y al médico como los únicos protectores de la salud y promotores del bienestar.

Prevenir a los mexicanos del periodo de estudio de las enfermedades de transmisión sexual fue un reto que requirió de muy eficaces instrumentos de educación higiénica y vimos que las películas de salud casi siempre ponderan en su guión que la negligencia y el desconocimiento para poner en práctica los consejos médicos, así como la infidelidad, traían consigo la desgracia de la enfermedad y sus nefastas consecuencias, como las alteraciones físicas y mentales ocasionadas por la sífilis, o el más funesto desenlace: la muerte. En el caso particular de las películas dedicadas a prevenir la sífilis se cuestionaba la integridad moral de los enfermos, ya que se puso particular atención en resaltar su promiscua e irresponsable vida sexual. En este sentido, los guiones antisífilis se convirtieron en jueces inquisidores de los hábitos sexuales de los individuos. Finalmente, los realizadores y promotores de estas películas buscaban incidir directamente en la vida sexual de las personas dictándoles estándares de conducta y lecciones de moral. Independientemente del país de producción y del año de factura, *Al final del camino* (Estados Unidos, 1919), *El precio de un desliz* (Estados Unidos, 1928) y *Reconquista* (México, 1957) son buenos ejemplos porque combinaron la angustia de los personajes enfermos, dejaron al descubierto la desgracia que podía embargarlos por no identificar a tiempo la enfermedad y reforzaron el papel de la medicina científica y del médico como los salvadores. Un común denominador fue estigmatizar a las mujeres prostitutas y a los hombres infieles como los únicos causantes del contagio; sin embargo, “al final del camino” todos tuvieron una segunda oportunidad. La lección de educación sexual audiovisual ofreció entonces a los protagonistas la posibilidad de redimirse y volver a empezar.

IV. SALUD PARA LAS AMÉRICAS Y WALT DISNEY*

EN ENERO DE 1942 se llevó a cabo en Río de Janeiro la 3ª Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores de Latinoamérica; en septiembre de ese mismo año y en la misma ciudad se realizó la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, con la asistencia de médicos latinoamericanos, estadounidenses y un invitado especial, Nelson Rockefeller, presidente de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos (en adelante Oficina de Asuntos Interamericanos u OIAA), creada en 1940, entre otras cosas, para contrarrestar la propaganda nazi en América Latina. De las resoluciones tomadas en ambas reuniones quedó asentado que la *defensa del continente* en materia sanitaria era una prioridad para los países latinoamericanos y en esa coyuntura político-sanitaria los estadounidenses, a través de la Oficina de Asuntos Interamericanos, dirigieron proyectos médico-sanitarios en América Latina. El más importante fue el llamado Health for the Americas o Salud para las Américas, cuyo programa de educación higiénica dio prioridad al cine como un instrumento capaz de alcanzar un mayor efecto entre la audiencia al ofrecer una atractiva cartelera dirigida por el conocido director y animador Walt Disney, el fotógrafo Herbert Knapp y el productor Jack Chertok. Cada uno de ellos vino a México; el primero para “identificarse” con el entorno, y los otros dos para filmar. El viaje de estos tres personajes trajo por resultado que los programas de educación higiénica de la campaña Salud para las Américas se reforzaran con la realización de trece cortometrajes dirigidos por Walt Disney, en formato 16 mm con dibujos animados, y varios documentales –de los cuales conocemos tres– con consejos para prevenir la disentería, la viruela y el tifo elaborados por la dupla Knapp-Chertok. Copias de estas películas llegaron al Departamento de Salubridad Pública, a la Secretaría de Educación Pública y a la Universidad

* Un fragmento de este capítulo se publicó en “Salud para las Américas y Walt Disney. Cine y campañas de salud en México. 1943-1946”, en *La Mirada mirada. Transculturalidad e imaginarios del México revolucionario, 1910-1945*, México, 2009, pp. 179-203.

Nacional Autónoma de México, entre 1946 y 1948. Para garantizar que las copias se vieran hasta en las comunidades más alejadas, la OIAA puso a disposición de las autoridades sanitarias de cada país donde se implementó la campaña toda la infraestructura tecnológica y humana necesaria. En México, Salud para las Américas se puso en marcha, desde 1943, a través del Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento que incluyó, entre múltiples actividades, cursos de educación higiénica que ofrecieron a los médicos, sanitaristas y enfermeras pláticas introductorias para el uso de las películas. ¿Cómo hacer accesible al espectador las formas para combatir enfermedades?, ¿Cómo explicarle, con dibujos animados o actores de carne y hueso, que debían modificar sus hábitos higiénicos para alcanzar un estado físico y mental saludable? ¿Cómo lograr que las comunidades rurales latinoamericanas se identificaran como pobladores de un gran continente? Finalmente, ¿cómo enseñarlos a defender un patrimonio tanpreciado como la salud? En busca de respuestas, en este capítulo se analizan las estrategias de educación higiénica que, a través del cine y bajo la propuesta internacional de la *defensa del continente y salubridad pública*, la OIAA implementó en América Latina con la campaña Salud para las Américas. Se expone la trama de seis de los trece cortometrajes de Walt Disney, así como tres cortometrajes de Knapp-Chertok. Para entender cómo la campaña promovió las películas, analizaremos las actividades realizadas por el Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento en la cuenca del río Tepalcatepec y Xochimilco, en las cuales el papel de los intermediarios sanitarios fue fundamental.

LA DEFENSA DEL CONTINENTE

Marcos Cueto afirma que a partir de la Segunda Guerra Mundial el término *interamericano* sustituyó al de *panamericanismo* en todo lo relacionado con acontecimientos y sociedades científicas. Desde entonces, la participación de instituciones predominantemente estadounidenses en asuntos de salubridad fue notoria. La Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos jugó un papel fundamental.

El presidente Franklin D. Roosevelt, preocupado por la penetración nazi en el continente americano, creó, en agosto de 1940, por orden ejecutiva, la Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales Americanas, que se convirtió en la Oficina del Coordinador de Asuntos In-

teramericanos, creada como una entidad administrativamente independiente de la Casa Blanca. Su finalidad era coordinar las actividades del gobierno estadounidense en lo referente a los problemas comerciales y culturales de Latinoamérica, o “las otras Américas”, como los integrantes de la oficina llamaron a los países del sur de la región.¹ La propaganda fue uno de sus objetivos más importantes, aunque no el único, y lo que interesaba a la OIAA era fortalecer la unidad de todo el continente, incluso recurriendo al viejo ideal bolivariano de la unidad de sus repúblicas.² La defensa continental era una prioridad de la política estadounidense, y la OIAA desempeñó un papel propagandístico específico en Latinoamérica contra el eje y en favor de los intereses estadounidenses, aunque oficialmente se declarara que buscaba beneficiar a los aliados en general.³

El presidente Roosevelt nombró a Nelson Rockefeller coordinador de la Oficina. A su vez, Rockefeller invitó a John Hay Whitney para ser director de la sección de cine. Según Morris, biógrafo de Nelson Rockefeller, éste estaba consciente de la necesidad de estrechar lazos diplomáticos entre su país y Latinoamérica, y una estrategia para lograrlo sería impulsar proyectos de cooperación en los rubros de educación, salud y agricultura e idear los mecanismos para su difusión.

Una vez creada la Oficina se llevaron a cabo dos importantes reuniones, ambas en Río de Janeiro, en las que se debatió sobre las condiciones sanitarias de América Latina en el contexto de la Segunda Guerra Mundial y la postura que habría de tomar el continente en caso de una *invasión*. La primera fue la 3ª Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores de Latinoamérica (enero de 1942) y, la segunda, la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre de 1942). La asociación *salud vs. guerra*, pero sobre todo la defensa del continente en caso de algún ataque enemigo, fueron los temas de mayor interés en ambas reuniones. En la de ministros quedó asentado que, en tanto fuera posible, los problemas de sanidad e higiene del hemisferio occidental se resolverían mediante convenios bilaterales o multilaterales. Se utilizó el concepto “colaboración” como el método más efectivo para resolver los problemas de interés común. En la Sanitaria Panamericana se habló plenamente del tema de la salud y, entre lo concurrido de la agenda, la defensa continental y salud pública fueron

¹ Morris, 1960, p. 137.

² Peredo Castro, 2004, p. 80.

³ Peredo Castro, 2004, p. 80.

los temas centrales. Como veremos más adelante, las conclusiones alcanzadas allí ayudaron a definir la propaganda cinematográfica de la Oficina de Asuntos Interamericanos.

XI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

La delegación de médicos mexicanos que asistió a esta conferencia estuvo encabezada por el doctor Manuel Martínez Báez, quien elaboró un detallado informe de lo que allí se discutió.⁴ En principio dejó asentado que fue por su iniciativa que el tema de la *defensa continental* se discutió en los primeros días de la reunión y no al final como estaba agendada, así que al segundo día de inaugurado el congreso se habló sobre este tema.⁵ La voz sonante fue la del doctor Parran, representante de Estados Unidos, quien inició declarando: “El profundo interés y la buena voluntad [de Estados Unidos] para apoyar cualesquiera proposiciones razonables tendientes a facilitar la integración de actividades eficaces de salubridad y saneamiento, dentro del programa de defensa y siempre dentro de los límites naturales que imponen las necesidades de la guerra”.⁶ Para que fueran tomados en cuenta, en pro de la defensa continental, en su alocución destacó algunas consecuencias de la guerra que afectaban a la salud de la población: migración, aumento de enfermos por enfermedades venéreas, carencia de recursos médicos y sanitarios, escasez de técnicos en diferentes ramas del trabajo, así como de alimentos debido al sabotaje de productos básicos como agua, leche y otros alimentos. Destacó que la situación epidemiológica de los países cambiaba en tiempo de guerra, lo cual hacía más difícil el control de las cuarentenas en puertos y fronteras. Como estrategia para contrarrestar estos problemas se retomó lo discutido en la reunión de mi-

⁴ En ese momento era director general de Epidemiología del Departamento de Salubridad Pública. Véase “Informe que rinde el Dr. Manuel Martínez Báez, Delegado de México a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Río de Janeiro del 7 al 18 de septiembre de 1942”, *BDSP*, año VI, núm. 2, abril de 1943, pp. 129-155. Se trataron los avances de cada país en el combate a la influenza, salmonelosis, mal de pinto y de chagas, tifo, peste, malaria, etcétera. También hace referencia a las sesiones de cine en las que proyectaron películas sobre la campaña contra la lepra desarrollada en Brasil: “esta exhibición reveló objetivamente la magnitud de la obra antileprosa brasilera y su alta calidad. Tuvimos ocasión de ver exhibiciones sobre leprosarios, dispensarios y preventorios”, p. 146.

⁵ Logró que se discutiera el 8 de septiembre, *BDSP*, año VI, núm. 2, abril de 1943, p. 130.

⁶ *BDSP*, año VI, núm. 2, abril de 1943, p. 137.

nistros de relaciones exteriores y se declaró que la colaboración entre los países latinoamericanos era fundamental.

La participación de la comisión mexicana en este tema estuvo presente con la ponencia “Defensa continental y salud pública”, del doctor Guillermo Román Carrillo, que fue leída por el doctor Báez.⁷ El autor sostenía que las “múltiples amenazas de nuestros enemigos” provocaban tres tipos de defensa: las del individuo, del territorio y del medio. Respecto de lo primero, opinaba que una comunidad que ya gozaba de beneficios sanitarios y médicos estaba sensibilizada a defender sus pertenencias de una posible *invasión*; es decir, esa población estaba consciente de que la salud era un patrimonio que debía defender; en cambio, aquellos individuos que carecían de cualquier tipo de servicio desconocían su beneficio y, en consecuencia, quedaban incapacitados para reconocer en la salud individual o colectiva un patrimonio. Una y otra comunidad, afirmaba Román Carrillo, eran vulnerables a la *invasión*; la diferencia estaba en que una querría defenderse y la otra no.

Al hablar de la defensa del territorio se refería a que existían zonas que estaban deshabitadas y por eso podían ser fácilmente invadidas; según él, éstas generalmente se encontraban en condiciones insalubres que favorecían su despoblamiento, por lo que para hacerlas habitables se requería que las autoridades sanitarias tomaran las medidas pertinentes. Para crear el medio adecuado, salubre e higiénico, Román Carrillo planteó la necesidad de “luchar colectivamente” contra lo que consideró perjudicial, como “el agua o la leche contaminadas, los aedes aegypti, las hembras de *anopheles*, los escorpiones o Hitler”.⁸ Por último, concluyó que para “formar humanos de mejor calidad, sensibles a la higiene y capaces de defenderse”, había que llevar servicios de salud a todos los habitantes del continente y lograr de esa manera una hermandad latinoamericana.

La mayoría de los participantes hizo público su acuerdo para defender el continente, pero fue la propuesta de la comitiva brasileña la que resumió de la siguiente manera las inquietudes de los presentes: en primer lugar, planteó formar dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana un Comité

⁷ *BDSP*, año VI, núm. 2, abril de 1943, p. 142. Una copia de esta ponencia se encuentra en AHSS, expediente SP, Congresos y Convenciones, caja 16, exp. 18. Conferencia Sanitaria Panamericana 1942, Río de Janeiro-Brasil, f. 129.

⁸ Este comentario de abierto repudio hacia Hitler se contrapone con la admiración que otros mexicanos mostraron hacia su persona. Sobre formación de grupos pronazis en México en la década de 1940, véase Cedillo, 2007.

de Defensa Sanitario de las Américas; en segundo, que se organizaran núcleos sanitarios militares que colaboraran en las actividades sanitarias y, por último, que se diseñaran cursos intensivos de especialización en higiene y salubridad para los médicos.⁹ Por supuesto, Estados Unidos tomó la batuta como el *defensor del continente* y nuevamente la voz del doctor Parran, al cierre de la sesión, fue contundente: “En materia de actividades sanitarias, como en cualquier otro aspecto, todas las energías y todos los recursos disponibles deben aplicarse por ahora a una sola cuestión: ganar la presente guerra”.¹⁰

Después de tratado este tema, Martínez Báez reportó que siguieron las presentaciones sobre enfermedades específicas y los programas que cada país realizaba para combatirlas. También hubo paseos y reuniones sociales así como una recepción especial que se hizo en honor de Nelson Rockefeller, para quien, sin duda, los acuerdos entre los médicos asistentes a la XI Conferencia Sanitaria abrían las puertas de sus países, tanto a la propaganda sanitaria diseñada por la Oficina de Asuntos Interamericanos a su cargo como a sus programas sanitarios encabezados por médicos estadounidenses.

Al año siguiente de celebradas las reuniones de Río de Janeiro, el 2 de diciembre de 1943, el doctor Arístides Moll, secretario de la Organización Sanitaria Panamericana, leyó, en el marco del festejo conmemorativo por el Día Panamericano de la Salud, un discurso que fue transmitido por radio. Se tituló “Salud a las Américas” y con él dio a conocer un documento llamado “Carta de Salud para todas las Américas”, que no fue otra cosa que un llamado continental a defenderse de la guerra, en nombre de la salud:¹¹

Unidos como estamos en la incesante guerra contra la tiranía, nos unimos ahora nuevamente en la guerra incesante contra la enfermedad, la privación y la muerte. Nos unimos para impedir la invasión del hemisferio occidental y las pestilencias que cabalgan a la grupa de jinetes de la guerra y el hambre. Nos unimos para desterrar eternamente de nuestros países las enfermedades que han construido siempre el triste patrimonio de la humanidad. Nos unimos para combatir la desnutrición, la ignorancia y toda la miseria humana. Nos

⁹ Martínez Báez, 1943, p. 142.

¹⁰ Martínez Báez, 1943, p. 144.

¹¹ Moll, 1944, p. 786.

unimos en una humanidad científica de todas las Américas para luchar por ese brillante porvenir que sólo pueden disfrutar los pueblos sanos y felices.¹²

Moll llamaba a las colectividades a participar en esta empresa contra las adversidades “visibles o invisibles” y, particularmente, contra la ignorancia y la miseria como causales de la enfermedad. Con esta convocatoria de la Unión Americana y la consigna de la defensa continental a través de la salud, la Oficina de Asuntos Interamericanos diseñó su estrategia propagandística. Además, afirma Cueto, “el supuesto principal de los programas sanitarios del Instituto era que los países en desarrollo podían o más bien debían imitar el modelo de desarrollo sanitario norteamericano”.¹³

Así, para extender su modelo sanitario en América Latina, la OIAA retomó el título de la ponencia de Moll y lo llamó Salud para las Américas. Se valió de los Servicios Cooperativos de Salubridad Pública que habrían de instalarse en los países latinoamericanos y, en el terreno de la educación higiénica, utilizó el cine.

SALUD PARA LAS AMÉRICAS

Tanto Nelson Rockefeller como Hay Whitney diseñaron la cartelera cinematográfica de la OIAA con base en representaciones de la salud pública, la educación, el desarrollo agrícola y la guerra. Ambos personajes confiaron en que a través de sus documentales el proyecto Salud para las Américas tendría gran difusión y alcance territorial; por eso, sus películas sobre medicina y salud pública estuvieron basadas “en el principio de que la medicina y la filantropía no reconocen fronteras y que la buena voluntad nace del altruismo, siendo su objetivo ofrecer el mayor bien al mayor número de personas”.¹⁴

Para asesorar los contenidos de la propaganda médica, la oficina tuvo el apoyo del American Surgeons College (Colegio Americano de Cirujanos), fundado en 1913 e integrado por médicos estadounidenses y canadienses que formaron una junta revisora para supervisar los contenidos y

¹² Moll, 1944, p. 786.

¹³ Cueto, 2004, p. 73.

¹⁴ “Folleto del Colegio Americano de Cirujanos, septiembre 1943”, National Archives and Records Administration (en adelante NARA), grupo documental OCIAA, fólдер 229.

traducir las películas.¹⁵ Una vez que éstas eran aprobadas, se enviaban a los comités representantes de la OIAA en los países latinoamericanos para que los médicos, directores de hospitales y autoridades sanitarias las vieran; ocasionalmente invitaban a representantes de la Embajada de Estados Unidos.¹⁶ La Oficina proveyó de proyectores de 16 mm y de dinero para pagar los salarios de quienes los manejaban. En septiembre de 1943 se habían distribuido 22 aparatos en Brasil, 15 en México, nueve en Chile y Cuba, respectivamente, y siete en Colombia.¹⁷ Ese año había más de 100 unidades móviles para proyectar las películas en comunidades rurales, y elementos del ejército, la marina y grupos de policías apoyando.¹⁸

¿Qué temas eran tratados en estos filmes enviados a América Latina? Principalmente, dos. Uno era el estrictamente médico-científico, y las películas con esta temática fueron distribuidas mayoritariamente en escuelas de medicina y entre el gremio de médicos.¹⁹ El segundo, el que aquí interesa, tuvo por prioridad promover consejos sobre hábitos higiénicos, una buena alimentación y prevención contra enfermedades transmisibles. A diferencia de las médicas, dirigidas a un público definido, estas películas se exhibieron entre una audiencia mayor, y en el caso particular de Salud para las Américas, se pensó en los campesinos latinoamericanos como los principales receptores. El proyecto filmográfico de la OIAA contó con la participación de Walt Disney,²⁰ un atractivo cineasta que garantizaba co-

¹⁵ “Community Control of VD-Health Film for the General Public”, NARA, Grupo Documental 229-OCIAA, caja 944, 1943.

¹⁶ Los comités eran Coordinadores de Asuntos Interamericanos. La sede en México se localizaba en la calle Ejido núm. 7, edificio Jalisco, oficinas 103-104, y estaba al cargo de James R. Woodul.

¹⁷ “Production of 2 motion pictures on the profession of Nursing”, NARA, grupo documental 229-OCIAA, caja 946.

¹⁸ “Folleto del Colegio Americano de Cirujanos, septiembre 1943”, NARA, grupo documental 229-OCIAA, caja 944.

¹⁹ Algunos temas médicos son embriología, corazón y pericardio, glándula tiroides, huesos y articulaciones, órganos genitales, sistema nervioso, útero, etcétera.

²⁰ Junto con su hermano Roy Disney y con un capital de 50 dólares montaron su primer estudio de animación Laugh O Grams al que declararon en bancarota al poco tiempo. En 1923, a los 21 años de edad, se trasladó con Roy a Hollywood y su primer trabajo fue una serie de cortos titulada *Alice Cartoons*, inspirados en el personaje de Alicia en el país de las maravillas. El éxito de estos cortos le permitió fundar, en 1924, Walt Disney Productions. Al año siguiente, dejó su función de dibujante para dedicarse exclusivamente a la producción. Su equipo de animadores eran: Ubbe Iwerks, Rudy Ising, los hermanos Harman, Ham Hamilton y Fritz Frelang. En 1928 crearon a Mickey Mouse y, a partir de entonces,

loridos dibujos animados para la serie de trece cortometrajes con dibujos animados, sonoros y musicalizados, que dirigió para este proyecto. México fue uno de los principales países receptores de estos cortos y sus campesinos inspiraron a los dibujantes de la agencia Disney.

WALT DISNEY A ESCENA

The necessity for animation in films aimed at mass education make Disney, ideal for this project.²¹

El 5 de agosto de 1941 se firmó el primero de cuatro contratos entre Walt Disney y la Oficina de Asuntos Interamericanos; los subsecuentes fueron renovados cada año hasta el del 30 de octubre de 1944. Para entonces, varias de sus películas, como *Blancanieves y los siete enanos* (1933) o *Fantasia* (1940), habían destacado en Hollywood y reforzado lo que se decía de este director: “era un creador rebosante de ideas y sobre todo un extraordinario productor de cine. Su creatividad, unida a una emprendedora visión de los negocios que le permitía abordar proyectos arriesgados, fructificó en un estilo único e irrepetible y convirtió su nombre en sinónimo de dibujos animados”.²²

Durante la Segunda Guerra Mundial una crisis económica en los estudios Disney produjo su casi total desmantelamiento, ya que se quedaron sin equipo de trabajo y en bancarrota.²³ En esta situación, Walt Disney no dudó en responder al llamado de Nelson Rockefeller para participar en la campaña que exhortaba a los países latinoamericanos a impedir la penetración del nazismo y adquirió el compromiso de producir películas con tres objetivos definidos: 1) dar a conocer entre la audiencia estadounidense las “bondades y atractivos” de los países de las “otras

la fama de W. D. tomó un camino seguro. Disney prestó su voz al personaje de Mickey “a partir de ese momento el sonido pasó a ser un elemento esencial de sus dibujos animados, así como la música, tan inseparable de sus largometrajes”. Fonte y Matay, 2000, p. 9.

²¹ NARA grupo documental 229-OIAA. “La necesidad de animaciones en filmes educativos masivos hizo a Disney ideal para este proyecto”.

²² Tejero, 2000, p. 1.

²³ Fonte y Matay, 2000, pp. 13-20. Una detallada descripción de las causas que originaron la huelga de los estudios Disney se encuentra en Vidal González, 2006, pp. 100-103.

Américas”; 2) abrir nuevos mercados para sus filmes, y 3) filmar películas educativas para la audiencia latinoamericana, en dos temas específicos: salud y alfabetización.

Para familiarizarse visualmente con el paisaje latinoamericano, sus habitantes, costumbres y tradiciones, Walt Disney, en calidad de *embajador de buena voluntad*, viajó por América Latina, y a México lo hizo en diciembre de 1942.²⁴ Vino acompañado de un grupo de 12 asistentes entre los que había animadores, musicalizadores, camarógrafos y asesores técnicos, quienes se dedicaron a filmar lugares, personajes, fiestas y demás tradiciones mexicanas para “impresionar la música y el color de nuestro país, para incluirlos en una fantasía latinoamericana que actualmente trabaja para el cine”.²⁵ Su recepción estuvo encabezada por la Oficina de Turismo de la Secretaría de Gobernación, y su representante, Alejandro Buelna, hizo los trámites necesarios para facilitar al cineasta los materiales y permisos que necesitara.

Entre las primeras declaraciones a la prensa mexicana, Walt Disney destacaba el valor del cine como una herramienta educativa que se debía fomentar y enriquecer. Aseguraba:

El futuro educacional de la cinematografía no tiene límites. Que actualmente los soldados de las Naciones Unidas reciben instrucción cinematográfica con resultados insospechados y que después del triunfo de las mismas, el valor educacional del cine invadirá definitivamente la estructura civilizadora del mundo.²⁶

Después de su viaje por América Latina, Disney produjo las películas *Saludos amigos* (1941) y *Los tres caballeros* (1943);²⁷ en esta última, el Pato Do-

²⁴ Más detalles del viaje en Vidal González, 2006, pp. 120-123.

²⁵ “Permanecerá en México hasta el día 20 y vendrá acompañado de su esposa; el compositor Charles Wolcott; Mary R. Blair, experta en acuarelas; Robert F. Moore, animador; Keneth Anderson y Ernesto Terrazas, artistas. También llegaron E. Santos, asesor técnico; Homer Brightman caricaturista y argumentista; John Cutting, jefe del Departamento extranjero, y W.M. Ferguson, director y productor”, *El Nacional* de los días 8 y 9 de diciembre de 1942. “Dos semanas estará en México el genial Walt Disney”, *Excelsior*, 10 de diciembre 1942, p. 3. Juan Manuel Aurrecochea reseña con detalle la estancia de Walt Disney en México, véase Aurrecochea, 2003.

²⁶ “Dos semanas estará en México el genial Walt Disney”, *Excelsior*, 10 de diciembre 1942, p. 3.

²⁷ La película tiene duración de 1 hora 10 minutos. Más de la mitad está dedicada a mostrar los principales atractivos turísticos mexicanos. Julianne Burton Carvajal analiza las

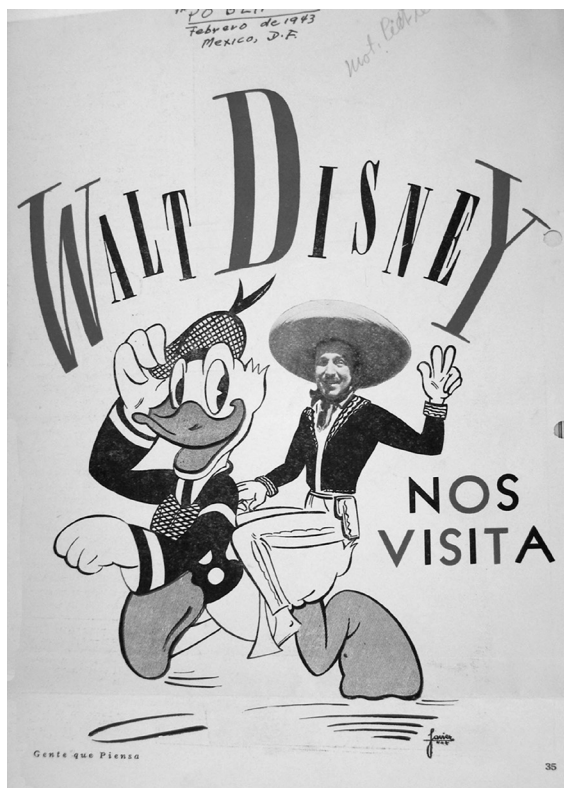
nald festeja su cumpleaños con sus amigos: el perico brasileño Joe Carioca y el gallo mexicano Pancho Pistolas. En México, *Los tres caballeros* se estrenó el 21 de diciembre de 1943.²⁸ A estas películas comerciales le siguieron, entre 1943 y 1945, los trece cortometrajes mencionados para el proyecto Salud para las Américas. Su elaboración fue por partes y el primer bloque de cortometrajes incluyó algunos sobre agricultura. Según Rodolfo Vidal, debido a que las películas se dirigían a audiencias con índices elevados de gente iletrada, se acentuaba la narración de la banda sonora más que los títulos impresos a la hora de explicar una idea.²⁹ También nos aclara este autor que el uso de animaciones a color y no en blanco y negro fue pensado para dar mayor belleza y atractivo al cortometraje. La primera serie es de tres cintas de 16 mm, con una duración aproximada de diez minutos, que llevan los siguientes títulos: *The Winged Scourge* (*La peste alada*), que trata el combate a la malaria; *Water: Friend or Enemy* (*Agua: amiga o enemiga*), que muestra el valor del agua para la vida cotidiana y la higiene del ser humano, y *Defense Against Invasion* (*La defensa contra la invasión*), que orienta sobre la importancia de la vacunación para la prevención de enfermedades. Esta primera trilogía fue realizada inicialmente para la audiencia estadounidense; para fortalecer su mensaje, en *The Winged Scourge* utilizó a los siete enanos de *Blancanieves*, la más popular de sus películas exhibidas en América Latina por aquel entonces, como el ejército salvador que combate al mosquito *anopheles*, transmisor de la malaria. De ser espectadores, los enanos se convierten en los protagonistas del cortometraje e inician una caza sin tregua contra el *anopheles*, a quien constantemente descalifican por ser portador de la enfermedad. Los siete personajes muestran al espectador cada uno de los pasos recomendados por las instituciones de salud, médicos y sanitaristas para evitar el contagio y propagación de la enfermedad. Utilizan los métodos antilarvarios de los que hablaremos con detalle en el siguiente capítulo.³⁰

representaciones latinoamericanas creadas por Walt Disney y el estereotipo de los personajes allí presentados. En Burton Carvajal, 1994.

²⁸ Walt Disney no asistió a la *premiere* pero sí lo hizo su hermano Roy. La película permaneció siete semanas en cartelera. Sobre su estreno en México, Salvador Novo manifestó su disgusto por la película pues, dijo, era una “ensalada en lata” en la que se subordinaba al hombre a los animales dibujados (Novo, 1994, p. 235).

²⁹ Vidal González, 2006, p. 127.

³⁰ A pesar de haber sido filmada para audiencia latinoamericana, el gobierno británico mostró interés por este cortometraje y se dobló a la lengua tamil para ser enviada a India durante la estación monzónica. Véase Vidal González, 2006, p. 129.



Fotografía 21. Portada de la revista *Para Gente que Piensa*, febrero de 1943.

Defense Against Invasion es la única de esta trilogía que combina actores con dibujos animados. La primera escena se desarrolla en el consultorio de un médico a punto de vacunar a un niño que, como es de esperarse, se resiste. Para relajar el ambiente, el médico invita a pasar a los tres amigos del paciente que esperaban afuera y, una vez reunidos, conversa con ellos sobre la importancia de la vacuna. El discurso del médico exalta el valor de la vacunación a partir de una interesante analogía entre el cuerpo humano y una gran ciudad, moderna e industrializada, que funciona a 100%. El corazón es el centro; las arterias y venas son las carreteras y avenidas. Las gotas de sangre que llegan al corazón toman forma de hombrecillos que representan a los constructores de la ciudad que trabajan sin cesar. Se observa y escucha una ciudad bulliciosa, que vive sin contratiempos, pero que súbitamente se ve alterada por un invasor: la enfermedad y los microbios,

representados con manchas de color negro que se mueven y multiplican a gran velocidad hasta invadir y oscurecer la ciudad (y la pantalla), que queda inmovilizada porque está enferma.

Afortunadamente, el organismo humano tiene una fábrica de armas para combatir la enfermedad e iniciar la defensa contra la invasión. Entonces aparecen en escenas cientos de manchas de color blanco que forman un ejército de hombrecitos productores de las armas que utilizarán para iniciar la defensa. A partir de este momento, aflora un lenguaje bélico que anuncia la “estrategia militar” y que convierte “la defensa de la ciudad” en una guerra sin tregua en contra de la enfermedad. Por supuesto que la defensa se logra y la ciudad recupera su movilidad y diario trajín. Después de esta amena clase, el niño y sus amigos aceptan voluntariamente ser vacunados. El médico hace con su mano la señal de una v que significa *Vaccine and Victory*, es decir, el triunfo de la ciencia médica. El título de este cortometraje guarda una clara relación con lo discutido en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana porque, como se mencionará más adelante, su contenido infunde miedo por la “invasión” a la par que ofrece estrategias de salvación.

Por su parte, en *Water: Friend or Enemy* el agua es la narradora, habla en primera persona y está en constante movimiento. Se presenta al mismo tiempo como salvadora y “dadora de vida” o como la peor enemiga del ser humano. Pero es un hecho que no actúa sola, es el hombre quien condiciona su función a partir de los usos que le da; por lo tanto, el mensaje de la película se convierte en una aleccionadora sesión sobre las formas de prevención para no contaminar el agua y una revaloración del trabajo de los científicos e ingenieros sanitarios involucrados en su conservación.

A diferencia de los otros dos, en este cortometraje Disney ya esboza, de manera idílica, a sus personajes campesinos, porque el agua de ríos y cascadas que aparecen en pantalla abastecen a una familia rural. ¿Cómo representa a sus nuevos protagonistas? En esta ocasión, la mujer aparece como el personaje central porque es la receptora del líquido que recoge en su cántaro de barro para proveer a su familia. Su vestimenta consta de falda y rebozo que le cubre la cabeza y ayuda visualmente a acentuar su mirada cabizbaja y su andar lento. En los demás cortometrajes, la familia campesina ya aparecerá como el sujeto “protagónico” que debe educarse higiénicamente; la mujer será representada como la “estelar” y la base de la nueva estructura higiénico-sanitaria que buscaba difundirse.

La Oficina de Asuntos Interamericanos contó con la asesoría del Colegio de Cirujanos para la elaboración de estos primeros tres cortometrajes relacionados con el tema de la salud y otros cuatro destinados a la campaña Literatura para las Américas (Literature for the Americas) para alfabetizar a los campesinos latinoamericanos. Sus títulos son: *La historia de José, José come bien, La historia de Ramón y Ramón está enfermo*, realizadas también con dibujos animados, con una duración de 10 minutos y dobladas al español.³¹ *Grosso modo*, estos cortometrajes representan la vida cotidiana de los protagonistas y el cuidado de su salud mediante una clase de lectura y escritura en voz alta, donde las palabras se escriben en sílabas y están listas para armar oraciones. Mientras el espectador las lee, una voz en *off* las deletrea.

En el proceso de producción de los primeros tres cortometrajes de la serie de salud y los cuatro para alfabetización, Disney convocó al Congreso de Educación Visual, inaugurado el 25 mayo de 1943 por Nelson Rockefeller en sus estudios en Burbank, California, para que educadores latinoamericanos, representantes de los países que los recibirían, opinaran sobre su valor pedagógico, las representaciones campesinas con dibujos animados, el simbolismo de los colores y el posible efecto de los cortometrajes en sus respectivos países.

Los enviados de México fueron el fotógrafo Gabriel Figueroa Mateos y la profesora Eulalia Guzmán, a la sazón inspectora de escuelas primarias con licencia y que dirigía el Departamento de Arqueología del Museo Nacional.³² El primero había propuesto en marzo de 1942 crear en la SEP un Departamento de Cinematografía Educativa con la finalidad de promover funciones de cine con carácter educativo para que los estudiantes asistieran los sábados por la mañana. A las comunidades rurales sugirió llevar películas en 16 mm que se proyectaban en aparatos portátiles de fácil manipulación y bajo costo.³³ En la cartelera planeada por Figueroa estarían

³¹ Copias de los cuatro cortometrajes existen en la Rockefeller Family Film Collection, del Rockefeller Archive Center de la ciudad de Tarrytown, Nueva York.

³² La profesora Guzmán solicitó licencia para viajar a California. Este documento y su informe están en el AHSEP, fondo personal sobresaliente 64/5, legajo 3. 1938-1952. Un análisis detallado de su informe de trabajo arrojaría luz sobre la forma en que se planeó implementar este proyecto en México y, por supuesto, abre una interesante alternativa de investigación aún por explorar.

³³ Sobre el papel de Gabriel Figueroa como educador visual, promotor del uso del cine como un instrumento educativo y su proyecto de crear un Departamento de Cinematografía Educativa. Véase Aurrecochea, 2008, pp. 115-125.

los cortometrajes de la OIAA recién filmados, por lo que su presencia en Burbank era indispensable para su proyecto en la SEP.

¿Qué opinaron los asistentes al seminario de las historias de Disney sobre América Latina? ¿Qué les parecieron la animación y los personajes? Conocedores de la realidad social, sanitaria y cultural de sus países, ¿qué ideas aportaron a los realizadores estadounidenses para los diez cortometrajes que aún faltaba producir?

Lo que sucedió en este encuentro y la retroalimentación que se esperaba de los asistentes, incluidos los mexicanos, está descrito en el brevísimo informe que Eulalia Guzmán envió a la Secretaría de Educación en septiembre de 1943³⁴ y en lo investigado por Julie Prieto³⁵ y Vidal González.³⁶ Retomando a este último, sabemos que en general hubo aprobación hacia las películas y consenso al opinar que *Water: Friend or Enemy* era más útil que *The Winged Scourge*, pero que a ambos cortometrajes había faltado asesoría de conocedores de los problemas médicos locales. Para *Water: Friend or Enemy*, el doctor Luis Martínez Mont, inspector general del Ministerio de Educación de Guatemala, opinó que el color rojo utilizado para representar el agua contaminada no afectaría a la audiencia latinoamericana, para quien este color tenía un significado más festivo que relacionado con la muerte. Propuso entonces utilizar el color negro, que tendría una relación más directa con las llamadas “aguas negras”, como se conocía a las aguas estancadas que producían malaria. Otra petición fue que los cortometrajes incluyeran la explicación sobre cómo construir y utilizar una letrina, temas que habrían de tratarse en los documentales filmados después del Seminario. Las opiniones de los representantes mexicanos versaron sobre la hora en que debían proyectarse los cortometrajes y el uso de los personajes clásicos de Disney, como los siete enanos de Blancanieves y el Pato Donald. Fue Eulalia Guzmán quien sugirió que la proyección de cine debía hacerse por la tarde, después de terminadas las jornadas de trabajo, porque solamente así lograrían captar la asistencia y atención de la gente. Por su parte, Gabriel Figueroa opinaba que la participación de los personajes de Disney y el uso de recursos “fantásticos”, como la mano del animador con su pincel diseñando la animación en el propio fotograma y ante los ojos

³⁴ AHSEP, personal sobresaliente, “Informe de la Profesora Eulalia Guzmán al C. Secretario de Educación Pública” G4/5, legajo 3, 1938-1952.

³⁵ Prieto, 2013.

³⁶ Vidal González, 2006.

de los espectadores, producía un efecto divertido. Opinaba que además de enseñar, los documentales debían ser divertidos.³⁷

Después de este Seminario, los Estudios Disney elaboraron entre 1944-1945 los otros diez cortometrajes, cuyos títulos y contenidos fueron explicados en un folleto especial editado por su estudio de filmación.³⁸

The films provide an approach to this field of health knowledge. Their main function is to arouse interest and awareness rather than teach detailed facts. Humor is used to attract and hold the interest of the audience, but the health facts presented step by step are given factually without foreign symbolism or fantasy. The new facts are introduced from the field of familiar experience. No previous medical scientific knowledge is presupposed. Emphasis throughout is placed on cause and reasons for health measures rather than on methods and procedures.³⁹

Para esta nueva serie intervino el Institute of Health and Sanitation, de Estados Unidos, que fue organizado después de la mencionada 3ª Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores (Río de Janeiro, 1942). Los doctores Harrison, Dunham y Alstock, representantes del recién creado instituto, asesoraron los filmes y argumentaron que debían tomar en cuenta la multiculturalidad de los espectadores a quienes iban dirigidos. Opinaron que los cortos dedicados a tratar enfermedades específicas no serían de gran utilidad porque, con excepción de los médicos o estudiantes de medicina, sería difícil que cualquier otro espectador los comprendiera.

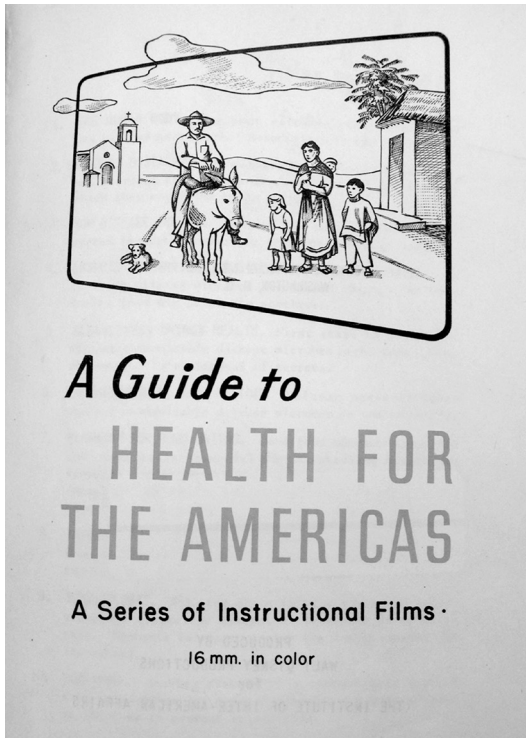
Por lo anterior, aceptaron asesorar los nuevos cortometrajes de Disney y, con base en un formato más estándar, dieron prioridad a los consejos básicos de higiene y formas de prevención. Los cortometrajes se titularon: *The Human Body (El cuerpo humano)*, *What is Disease? (¿Qué es la*

³⁷ Vidal González, 2006, pp. 130-131.

³⁸ "Health for the Americas" Films. Produced by the Office of Inter-American Affairs by Walt Disney Studios, NARA, grupo documental 229-OIAA.

³⁹ "Estos filmes ofrecen un acercamiento al campo del conocimiento de la salud. Su principal función es despertar el interés y crear conciencia antes que exponer hechos detallados. El humor se utiliza para atraer y mantener el interés de la audiencia, pero los casos sobre salud que se presentan, paso a paso, son basados en hechos reales sin simbolismos ajenos o fantasía. Los nuevos hechos son introducidos con base en experiencias familiares. Ningún conocimiento médico-científico se presupone. El énfasis está puesto en la causa y razones para medir la salud en vez de en los métodos y procedimientos", NARA, grupo documental 290-OIAA. Folleto de Walt Disney.

enfermedad?), *How Disease Travels?* (¿Cómo viaja la enfermedad?), *Insects as Carriers of Disease* (*Insectos como portadores de la enfermedad*), *Cleanliness Brings Health* (*La limpieza trae salud*), *Environmental Sanitation* (*Saneamiento del ambiente*), *Planning for Good Eating* (*Una buena alimentación*), *Infant Care* (*El cuidado del niño*), *Tuberculosis* y *Hookworm*. Se recomendó proyectarlos en este orden porque la serie partía de conocimientos generales sobre el funcionamiento del cuerpo humano, seguía con las enfermedades que podrían atacarlo y, finalmente, ilustraba el tratamiento específico para algunas de ellas.⁴⁰



Fotografía 22. Portada de la guía *Health for the Americas*.

⁴⁰ *Environmental Sanitation* es el único cortometraje de esta serie que se desarrolla en un ambiente urbano y no en el rural. Véase la descripción de su contenido en Fein, 1998, pp. 422-423. “Otra técnica que se utilizó fue la animación de rayos x. Como los filmes de salud tenían que mostrar órganos internos y gérmenes microscópicos, se necesitaban imágenes de las paredes intestinales, del sistema pulmonar y esqueleto”. Véase Vidal González, 2006, p. 134.

Por su parte, la OIAA publicó un folleto titulado *A Guide to Health for the Americas. A series of Instructional films*, para que lo utilizaran los agentes enviados desde Estados Unidos así como los sanitaristas, médicos, enfermeras y maestros locales que proyectaron los cortos en las comunidades rurales latinoamericanas. En esta guía, publicada austeramente e ilustrada con viñetas de colores sepia y rojo, se puso de manifiesto que el cine era una herramienta educativa atractiva y de amplio alcance y que la OIAA buscaba, con la difusión de estos cortometrajes, colaborar en el proceso de cambio de hábitos higiénicos que debían experimentar los individuos después de ver las películas. Aceptaban que su eficiencia dependía totalmente del uso que se les diera y confiaron en la ventaja de que los dibujos animados, los colores, la música y los actores “campesinos” facilitarían a los espectadores la comprensión de las recomendaciones sanitarias e higiénicas que se ofrecían.

Los cortometrajes

De esta serie de diez cortometrajes analizaremos solamente: *How Disease Travels?* (¿Cómo viaja la enfermedad?), *Cleanliness Brings Health* (La limpieza trae salud) e *Infant Care* (El cuidado del niño) por dos razones: la primera, por la manera en que Walt Disney y su equipo caracterizaron el entorno rural y a los campesinos para quienes diseñaron las películas; la segunda, porque su contenido sintetiza las principales preocupaciones de las autoridades sanitarias: formar nuevas generaciones de niños sanos familiarizados con hábitos higiénicos y desacreditar los hábitos arraigados y viejas costumbres de los campesinos, inculcar insistentemente la idea de la higiene, la salud y una buena alimentación como la base del desarrollo y modernización de un país. Por eso, el mensaje en cada uno de estos cortometrajes fue promover la idea de que un individuo limpio y saludable era próspero, alegre y contribuiría al progreso de su país. Uno de los recursos auditivos utilizados fue la reiteración de la frase *as his old costumes* cada vez que interesaba subrayar el contraste entre las prácticas correctas y las erróneas. Primero hablaremos de *How Disease Travels?* y *Cleanliness Brings Health* porque manejan mensajes complementarios. Dejo para el final *Infant Care* que por el cuidado de la alimentación, la nutrición y la formación de nuevas generaciones representa a unos campesinos “educados”, que aprendieron bien la lección de buenos consejos higiénicos proyectados en

las películas anteriores. No por nada *Infant Care* estaba programada como la número ocho de la serie.

El escenario y los actores

En los primeros dos cortometrajes, la familia campesina, formada por madre, padre e hijo varón, es la protagonista. Sus integrantes son presentados en una doble caracterización que, por un lado, muestra a la familia limpia, saludable, trabajadora y responsable de su bienestar y, por el otro, a la familia sucia, enferma e improductiva, cuya irresponsabilidad convierte a sus integrantes en presa fácil de la enfermedad y en factor de riesgo para la comunidad porque son los portadores de los microbios. Con esta caracterización quedan asentados, desde el principio, los contrastes entre los individuos limpios y sucios, enfermos y sanos, alegres y tristes, como un recurso didáctico utilizado en la propaganda higiénica y que en esta ocasión se representaba “en familia” y en el cine. Por ejemplo, hacia 1936, en el marco de la Campaña Mexicana de Pro-aseo, se insistía en la importancia de destacar, en los carteles de propaganda, ilustraciones de la repugnancia que inspiraba el hombre sucio y la profunda simpatía con que se veía al limpio; esto es, “no importa exagerar los contrastes de los caracteres, con ello se hiere más profundamente la imaginación”.⁴¹

La animación en ambos cortometrajes se logró mediante el uso de un pincel cuyos trazos dan forma a los paisajes y a los personajes, estrategia reconocida por Gabriel Figueroa en la reunión en los estudios Disney. En *How Disease Travels?* el pincel dibuja un colorido pueblo con casas de adobe, techos de palma, árboles frondosos y un río que lo cruza. Pausadamente va trazando la ruta que seguirá la enfermedad, de casa en casa. En *Cleanliness Brings Health* se utiliza el mismo recurso del pincel para presentar en dos lienzos montados sobre caballetes a las familias protagonistas: una limpia y sana, la otra sucia y enferma; sus representaciones se basan nuevamente en los contrastes, donde los colores utilizados juegan un papel fundamental. La transparencia de los luminosos, como el blanco y amarillo, sirve para arropar a la familia saludable. Los tonos oscuros, como el negro, gris y azul, cubren a la familia enferma e improductiva.

⁴¹ “Campaña Pro-Aseo”, *El Maestro Rural*, junio de 1936.

Limpios o sucios, los campesinos visten pantalón y camisa de manta, huaraches y sombrero, y habitan en casas con techo de palma y piso de tierra. La ropa de los primeros se ve impecable mientras que la de los segundos está raída. Los campesinos sanos son hombres y mujeres no indígenas; tal parece que la “limpieza” los blanqueó hasta hacerlos parecer extranjeros y no encontramos gran diferencia entre la cenicienta o los príncipes valientes de las películas de Disney con los campesinos de sus cortometrajes higiénicos. Por supuesto, los campesinos enfermos y sucios conservan su tono de piel morena y sus rasgos indígenas. Estas representaciones *fantásticas* hicieron evidente el estereotipo físico que se buscaba en el “nuevo” hombre limpio y educado.

El interior de las casas que habitan muestran las prácticas higiénicas y formas de vida que diferencian a los protagonistas. Cómo cuidan su higiene personal, preparan y protegen sus alimentos o conviven con sus animales de corral, son las acciones básicas y cotidianas que habrían de determinar el tipo de vida de los campesinos que vemos en pantalla, pero también el que, de acuerdo con los cortos de Disney, debían llevar las nuevas generaciones influidas de los consejos sanitarios.

La trama

En *How Disease Travels?* la pregunta por resolver es: ¿cómo se enferma un organismo sano? El pincel del dibujante guiará al espectador en el recorrido que hacen los microbios para contagiar a las familias irresponsables y arraigadas en sus prácticas tradicionales, que son, como lo deja ver el cortometraje, por demás “antihigiénicas”. El agente de contagio es un campesino, de nombre José, que padece de infección intestinal, vive deplorablemente y su principal irresponsabilidad es, *as his old costumes*, defecar en las milpas porque desconoce el uso de las letrinas.

El agua de la lluvia, “amiga o enemiga” del hombre, arrastrará consigo el excremento acumulado en la milpa hasta depositarlo en el río que abastece de agua a la comunidad. Entonces, cuando las mujeres, ataviadas con faldas a los tobillos, faja y rebozo que les cubre la cabeza, la recogen en sus cántaros, desconocen que llevan consigo los microbios que afectarán la salud de sus familias. Como tampoco es su costumbre hervir el agua, no hay duda de que serán presas de la enfermedad. Afortunadamente para la comunidad, José, casi moribundo e inhabilitado físicamente para trabajar,

está identificado, y es en su casa y con su persona donde inicia la clase de higiene de Salud para las Américas. La primera enseñanza es la construcción de una letrina y la explicación sobre lo benéfico de su uso.

Pero José no es el único portador de microbios. Hay otros dos vecinos enfermos: Juan, el dueño de la tienda del pueblo, está enfermo de gripa y cada vez que tose sin cubrirse la boca transmite los microbios a sus clientes, quienes, a su vez, los transmitirán a sus familias. También el pequeño Juanito, enfermo de viruela y postrado en la cama, recibe la visita de su amiguito, a quien contagiará la enfermedad por el descuido de sus padres, quienes no tomaron las precauciones necesarias. En ambos casos, el desconocimiento, aunado a la irresponsabilidad, inicia una cadena de contagios que afectarán a la comunidad completa. Por lo tanto, se muestra a los espectadores las medidas de prevención: cubrirse la boca al toser y aislar a los enfermos para frenar la transmisión de microbios.

En *Cleanliness Brings Health* la familia sana tiene buenos hábitos higiénicos que ya forman parte de su vida cotidiana. La mujer prepara sus alimentos en una estufa de ladrillos, tiene sus trastes limpios y la comida cubierta con plásticos para evitar que se acerquen moscas o se contaminen. A sus animales los tienen en corrales, perfectamente alejados de la casa. La mujer mantiene el entorno higiénico necesario para que el padre y el hijo ingieran alimentos limpios, sanos y nutritivos, gocen de buena salud y puedan trabajar la milpa. Por supuesto, construyen su letrina en el patio de su casa.

A diferencia de ésta, la otra familia habita una casa sucia, la mujer cocina en el piso, sus animales de corral desfilan por la casa libremente, olfatean y muerden la comida que está descubierta, contaminando así el entorno. Padre e hijo, harapientos y con el sombrero que les cubre el rostro, aparecen sentados en el piso al frente de su puerta, porque están enfermos de disentería y no pueden trabajar. La ambientación dada a esta familia y su casa es de total desolación y nos encontramos con la representación del campesino abatido por su condición económica, pero también poco dispuesto a integrarse a una vida higiénica que le devolverá la salud y la fuerza para trabajar. La frase *as his old costumes* es repetida por el narrador y las escenas de este padre con su hijo mientras defecan en la milpa, contaminando el agua y haciendo evidente su falta de hábitos higiénicos, recuerdan insistentemente al espectador que ese no es el camino para alcanzar una vida saludable y productiva.

La guía de *Health for the Americas* recomendaba que *Infant Care* se proyectara casi al final de la serie, cuando, idealmente, los espectadores

ya habían aprendido que ser limpios los ayudaría a no enfermarse. Los protagonistas de este cortometraje son los integrantes de una numerosa familia campesina en la cual la madre espera a su quinto hijo. La trama busca explicar al espectador cómo deben cuidarse las mujeres durante el embarazo y cómo alimentar a su bebé en el vientre y después de nacer. En principio se nos presenta a una madre de familia responsable que acude a su cita médica desde el primer mes de embarazo y que ya ha formado a una familia sana, en gran parte porque el jefe de familia solamente cultiva legumbres nutritivas para ellos. Con este antecedente y perfil de personajes, los consejos que predominan en el documental son el tipo de alimentación y el valor nutritivo de los alimentos. Nuevamente aparecen los recursos de animación, como el libro abierto que a cada cambio de página lo hace de escena, el pincel que da forma a los personajes y a los alimentos, y una música melosa de fondo, que sirven de marco para que el espectador vea en esta familia y en particular en la madre al modelo ejemplar que ya no necesita explicación sobre los consejos básicos de higiene personal y alimentos. Tampoco es necesario explicar con detalle cómo se contagian las enfermedades porque se trata de personajes que ya aprendieron *new costumes*. La frase *as his old costumes*, que se repite una y otra vez en los otros dos cortometrajes comentados, aquí desaparece del léxico del narrador.

Como hemos visto, los dos primeros cortometrajes están colmados de mensajes persuasivos que intentan seducir a los espectadores al mostrar los beneficios de la limpieza y la salud. El manejo de contrastes, de esos que “hieren más profundamente la imaginación”,⁴² la intensidad u opacidad de los colores, la actitud y los movimientos de los personajes, fueron recursos visuales con los cuales se buscó atrapar la atención del público para persuadirlos a modificar sus hábitos higiénicos. Dadas las condiciones materiales de buena parte de las comunidades campesinas del país y el aún insuficiente servicio de atención médico-sanitario, un acierto de los guiones propuesto en estas historias fue que las recomendaciones planteadas no requerían de infraestructura “moderna”, como suministro de agua potable, alcantarillado, drenaje, etcétera; más bien, las recomendaciones motivaban a que los espectadores resolvieran con los medios materiales que tenían a su alcance sus carencias en materia de higiene. Con estos cortometrajes, las autoridades sanitarias apelaron al poder de la imagen para desenterrar

⁴² “Campaña Pro-Aseo”, *El Maestro Rural*, junio de 1936.

comportamientos negligentes y, por supuesto, buscaron disminuir la ignorancia en prácticas sanitarias. El interés por mostrar “los contrastes” se refuerza con el uso repetitivo de la frase *as his old costumes*, que contribuye a la representación de los campesinos como individuos que empezaban a practicar hábitos higiénicos que desconocían. Con esta frase se establece un antes y un después de la campaña y, en este sentido, podemos hablar de una población más familiarizada con las recomendaciones de higiene y prevención como las representadas en *Infant Care*.

Otras historias más reales

Además de los dibujos animados de Walt Disney que recrearon, a su manera, el ambiente rural latinoamericano, la OIAA movilizó al productor Jack Chertok y al fotógrafo Herbert D. Knapp por varios países latinoamericanos para que filmaran, *in situ*, “ciertas condiciones insalubres de cada país”.⁴³ En México lo hicieron en 1946, después de haber filmado en Bolivia, Perú y Costa Rica, y mediante un permiso que les fue concedido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, procedieron a filmar tres documentales titulados *Disentería*, *La viruela* y *La tifoidea*. Una de las condiciones que puso la SSA para que realizaran su trabajo fue que no incluyeran *escenas denigrantes* y sí mostraran los trabajos que esta institución hacía en el país para mejorar las condiciones higiénico-sanitarias de sus habitantes y su entorno. Herbert Knapp aceptó los requerimientos y propuso las siguientes tomas que le interesaba fotografiar.

La costumbre de colocar, en los mercados, los comestibles en el suelo, por la tierra que la cubre de polvo. Lavar muchos trastes en la misma cubeta de agua fría. Mostrar platos sucios con moscas. Un individuo escupe en el suelo cerca de puestos de comestibles. Niños gateando en el suelo: manos sucias y moscas paradas en la cara de un niño.⁴⁴

⁴³ El permiso solicitado a las autoridades sanitarias mexicanas para que Herbert D. Knapp trabajara en México se encuentra en el AHSS, fondo SSA, Subsya, caja 9, exp. 1, 1946-1949, 57 fs. Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Dirección de Proyectos Mex-He.

⁴⁴ AHSS, fondo SSA, Subsya, caja 9, exp. 1, 1946-1949, 57 fs. Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Dirección de Proyectos Mex-He.

Esta cita es representativa de la manera como los estadounidenses de este proyecto visualizaban los hábitos de los mexicanos y explica, en parte, que las representaciones campesinas acompañadas de la frase *as his old costumes*, utilizada incisivamente en los cortometrajes de Walt Disney, fueran la base de sus filmes. A diferencia de Disney, en los cortometrajes de Chertok y Knapp los protagonistas son mexicanos actuando, lo cual probablemente produjo un efecto diferente en el receptor, ya que el personaje de la pantalla era como él.

Los escenarios son la ciudad y el campo porque en uno u otro la gente se enfermaba, y por esta razón vemos, de manera indistinta, escenas filmadas en ambos escenarios. Estos detalles ofrecían una realidad que podía parecerse más a la de cualquier mexicano y ya no solamente a la de los campesinos en el campo.

Tanto *La viruela* como *La tifoidea* son historias de desafortunados enfermos en quienes la *ignorancia*, de ellos o alguno de sus familiares, juega un papel central. En el primer documental, Juan quedó ciego porque su madre no lo vacunó a tiempo contra la viruela y muestra que la ignorancia es enemiga de la prevención. En el caso de *La tifoidea*, la ignorante es la cocinera María, quien debido a sus hábitos antihigiénicos (no lavar bien la verdura, cocinar con cucharones sucios, no lavarse las manos después de ir al baño) contrae la enfermedad y se convierte en portadora, sin saber a cuántas personas ha contagiado. Cuando la cadena de contagios llega a oídos del doctor Márquez, de la SSA, inicia la fase de identificación epidemiológica, diagnóstico, aislamiento del portador, análisis de casos y, sobre todo, explicación del origen de la enfermedad y sus consecuencias.⁴⁵

Ambos cortometrajes son un manual de recomendaciones para evitar ambas enfermedades, plantean alternativas que están al alcance de cualquier persona que, después de verlos, no tendrá justificación para enfermarse. Algo que llama la atención de la narración es el uso de palabras

⁴⁵ Este documental recrea en parte el caso de la cocinera irlandesa Mary Mallon, conocida como “Mary Typhoid”, quien, vecindada en la ciudad de Nueva York, en 1906, y trabajando en la casa de un acaudalado banquero neoyorquino, fue la portadora, a través de sus guisados, de la tifoidea. En esa primera casa contagió a seis integrantes de la familia y en su andar por diferentes casas siguió contagiando la enfermedad. Su caso fue declarado de emergencia sanitaria y su arresto se dio en 1907. Los directores retoman esta historia y hacen su cortometraje en versión a lo mexicano. Para el caso de Mary Typhoid, véase Walzer Leavitt, 2000.

como *precaución, no corras riesgos, culpa*, que amplían el lenguaje que, de persuasivo, se transforma en acusatorio. Esto es, señala abiertamente, porque son fácilmente identificables, a quienes por ignorancia provocaron el contagio. La misma María, después de analizadas sus muestras de laboratorio y confirmado que es la portadora de la tifoidea, dice: “Yo no he hecho nada malo”. Otro aspecto que queda claramente reflejado en los guiones de estos cortometrajes es que era posible que un individuo se convirtiera de ignorante a informado, de insalubre a salubre, de enfermo a sano y de negligente a responsable; los mexicanos en pantalla estaban allí para mostrarlo.

MÉXICO: LABORATORIO DE PRÁCTICAS ESTADOUNIDENSES

Las medidas adecuadas de salubridad y saneamiento constituyen una contribución esencial para salvaguardar las fuerzas defensivas de los pueblos de las repúblicas americanas y las ponen en mejores condiciones para resistir una agresión. El gobierno de Estados Unidos de Norteamérica manifestó, por los conductos debidos, sus mejores deseos de colaborar con el gobierno mexicano en la realización de programas tendientes al mejoramiento de la salubridad y las condiciones de higiene de la República Mexicana.⁴⁶

Ya vimos que las resoluciones de los médicos latinoamericanos que asistieron a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana facilitaron la entrada a sus países tanto de la propaganda sanitaria diseñada por la Oficina de Asuntos Interamericanos, dirigida por Nelson Rockefeller, como de sus programas sanitarios, encabezados por médicos estadounidenses. Los resultados en México no se dejaron esperar y, en julio de 1943, se firmó un convenio entre el aún Departamento de Salubridad Pública —que en 1944 cambió el nombre a Secretaría de Salubridad y Asistencia— y el Instituto de Asuntos Interamericanos, por el cual el instituto se comprometía a proporcionar una cantidad no mayor a 2 500 000 dólares para el Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento de México. Fue firmado por el doctor Víctor Fernández Manero, jefe del Departamento, y George C. Dunham,

⁴⁶ Fragmento del informe “La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*. En *Boletín de Salubridad y Asistencia*, tomo VII, núm. 3, 1947, p. 25.

representante y vicepresidente ejecutivo del Instituto.⁴⁷ Los estadounidenses enviarían a un grupo de técnicos encabezado por un médico, jefe de la misión de campo. Para la operación del proyecto se creó la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública como una dependencia del Departamento de Salubridad Pública y se dividió en tres secciones: una, la sección médica, que se encargaría de los aspectos médicos; otra, de la ingeniería sanitaria y, la tercera, administrativa. A finales de ese año, George C. Dunham ofreció una cantidad adicional de 2 500 000 dólares para ser gastada en un periodo de cinco años, siempre y cuando el gobierno mexicano contribuyera con una cantidad igual durante el mismo periodo. Gustavo Baz era el secretario de Salubridad y, bajo su gestión, en 1944, se renovó el convenio; allí se estableció que el gobierno mexicano tomaría todas las “medidas necesarias para procurar contribuir” al programa con un monto similar al otorgado por los estadounidenses a pagarse anualmente.⁴⁸

El programa propuso tres rubros establecidos por los estadounidenses: la construcción de obras de saneamiento en algunos estados mexicanos por los que pasaría la carretera panamericana,⁴⁹ la intensificación de trabajos sanitarios y preventivos para el control de enfermedades transmisibles y el fomento de obras públicas que mejoraran las condiciones sanitarias del país.

La Sección Médica estuvo directamente involucrada con las campañas de salud y educación higiénica y dio apoyo técnico y económico para el

⁴⁷ “Convenio celebrado por los gobiernos de México y EUA para realizar un programa operativo de sanidad e higiene como resultado de la aprobación de la cláusula xxx de la tercera reunión de consulta de ministros de relaciones exteriores que tuvo lugar en enero de 1942 en Río de Janeiro, Brasil”, AHSS, fondo SSA, subsya, caja 2, exp. 2, 1943-1949. La cláusula xxx recomendaba que los problemas de sanidad e higiene del hemisferio occidental se resolvieran por medio de convenios bilaterales o multilaterales de índole internacional. El apéndice que incluye esta resolución se encuentra en AHSS, fondo SSA, subsya, caja 1, exp. 4, 1943.

⁴⁸ En 1944 pagaría 300 000 dólares; en 1945, 400 000, en 1946 serían 500 000, y en 1947, 600 000. El último pago sería en 1948 de 700 000 dólares. Convenio entre México y Estados Unidos, AHSS, fondo SSA, subsya, caja 1, exp. 4, 1943, fs. 48-60.

⁴⁹ La carretera panamericana o “ruta panamericana” es un sistema colectivo de carreteras que vincula a casi todos los países del hemisferio occidental del continente americano. Tiene una extensión aproximada de 48 000 kilómetros de largo. Fue concebida en la V Conferencia Internacional de los Estados Americanos, en 1923. El primer congreso Panamericano de Carreteras se celebró en Buenos Aires, en 1925. Hubo dos congresos más, en 1929 y 1939. Algunos de los estados mexicanos que atraviesa son: Nuevo León, Chihuahua, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, Estado de México, Distrito Federal, Morelos, Puebla, Oaxaca y Chiapas.

desarrollo de campañas itinerantes contra enfermedades específicas, como tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, viruela, tifo, fiebre manchada, mal de pinto y oncocercosis. También construyó edificios para la Unidad de Salubridad y Asistencia, en Ciudad Juárez, Chihuahua, y para los Centros de Higiene, Asistencia y Adiestramiento, en Boca del Río, Veracruz; Xochimilco, Distrito Federal, y Cuernavaca, Morelos, en los cuales hubo asistencia médica continua. Para identificar cada uno de los proyectos o centros de higiene instaurados, el programa les asignó una clave, como las siguientes:

Cuadro 2

<i>Clave</i>	<i>Asignación</i>
HCO-1	Boca del Río, Veracruz
VD-2	Centro de Adiestramiento en el Control de Enfermedades Venéreas
MEX-MED 2	Centro de Higiene y Adiestramiento, Xochimilco
PAL 1	Centro de Adiestramiento, Cuernavaca, Morelos
He 4	Escuela de Medicina, UNAM

Fuente: Convenio entre México y Estados Unidos, AHSS, fondo SSA, subsya, caja 1, exp. 4, 1943.

Una preocupación más de este programa fue la formación de médicos y enfermeras sanitarias. Esto propició el trabajo en equipo con la Escuela de Salubridad y la Sección de Educación Higiénica, y trajo como resultado que varios médicos y enfermeras fueran a estudiar a la Escuela de Salubridad de Ann Harbor, Michigan. Allí, en 1945, la Fundación Kellogg había organizado la reunión interamericana de los profesores de higiene. A diferencia de lo que sucedió en los años veinte, cuando algunos médicos mexicanos fueron becados a la escuela de Salud Pública de Johns Hopkins University, para este periodo la Escuela de Ann Harbor fue de las más solicitadas. Las becas otorgadas a médicos y enfermeras tenían una duración mínima de seis meses.⁵⁰

⁵⁰ Otro rubro importante del Programa de Saneamiento fue el de obras públicas, en el que intervino directamente la Secretaría de Recursos Hidráulicos donde se diseñaron proyectos de suministro de agua potable e instalación de drenajes, etcétera. Este ramo abre una veta interesante de estudio para futuras investigaciones.

Pero lo que aquí interesa son los trabajos de educación higiénica propuestos por el Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento, porque los cortometrajes realizados por la OIAA fueron utilizados como el principal instrumento educativo y habían llegado a la SSA en 1946. En esa ocasión, el doctor Harold Himan, representante estadounidense de la campaña en México, hizo la aclaración de que estaban destinadas para el público en general, pero especialmente para gente de “clase humilde”. Suponemos que se refería a los campesinos pobres a quienes estereotiparon en los cortometrajes, porque “había que hacerles notar las condiciones antihigiénicas en las que viven y demostrarles lo que hacen los departamentos de salubridad para corregirlas”.⁵¹

Desde Xochimilco, los cortometrajes se preparan para salir

Para reconstruir la dinámica de las campañas que proyectaron los cortometrajes de la OIAA necesitamos saber cómo entrenaron al personal; es decir, a los intermediarios sanitarios que los llevaron a los pueblos, a las calles y con la gente. Para analizar lo anterior tomemos como ejemplo el modus operandi del programa Mex-Med 2, implementado en el Centro de Higiene y la Unidad de Salubridad y Estación de Adiestramiento de Xochimilco. Es importante destacar que esta Estación de Adiestramiento existía desde mediados de los años treinta y que fue utilizada para que los estudiantes de la Escuela de Salubridad realizaran allí sus prácticas de campo.⁵² Para diseñar las tareas de educación, el médico sanitarista Alejandro Guevara Rojas, director del centro, se hizo acompañar por un ingeniero y un grupo de enfermeras para observar las condiciones sanitarias y de higiene de la población local.⁵³ Al finalizar su recorrido determinaron que, entre otras cosas, educar a las personas ayudaría a sensibilizarlas para

⁵¹ “Carta de Wýman R. Stone Jefe de la Misión al Dr. Gustavo Baz”, 25 de julio de 1946, AHSSA, fondo SSA, Subsya, caja 9, exp. 1.

⁵² Los representantes del Programa de Salubridad afirmaban que una delegación de la SSA proporcionaba servicios de tiempo parcial en un edificio completamente inadecuado. Por eso se contrató al ingeniero José Gutiérrez Sola, quien por 270 239.43 pesos se comprometió a construir un nuevo edificio en 225 días. Para uso de Estaciones de Adiestramiento por la Escuela de Salubridad, véase Magaña y Gudiño, 2010.

⁵³ En 1945, en Xochimilco había censadas 33 000 personas con un porcentaje de 27% de niños vivos al nacer que morían antes de cumplir un año.

que los objetivos de la campaña –disminuir el número de enfermedades, fomentar hábitos higiénicos a través del uso de letrinas y convertir a los individuos en sus propios inspectores sanitarios y en portavoces de los conocimientos que adquirirían– se alcanzaran más fácilmente. En pocas palabras, opinaban que era necesario despertar en la gente “el deseo” por vivir higiénicamente.⁵⁴ Para lograrlo, había que unificar criterios entre el personal del Centro que trabajaba en la comunidad y, por eso, en enero de 1948, se llevó a cabo un curso especial que tuvo una duración de dos semanas y fue impartido por el estadounidense Philip Ryley, asesor técnico de educación sanitaria del Instituto de Asuntos Interamericanos en Santiago de Chile, y Kathleen M. Logan, asesora técnica de enfermería sanitaria del mismo instituto con sede en México.

El curso incluyó once conferencias con diferentes temas y en casi todas se proyectaron las películas de la OIAA. En la primera se expuso cuál era el propósito de la educación sanitaria y utilizaron la película *Cleanliness Brings Health* como recurso audiovisual para representar el contraste entre una familia limpia y una sucia o, lo que es lo mismo, entre educados y no educados, y buscaba inculcar la idea de que los limpios y educados tenían, por supuesto, una mejor calidad de vida. Los métodos para impartir la educación sanitaria, así como la psicología inherente a sus contenidos, fueron los temas de las siguientes dos conferencias. Después, tal y como fue planteado en la guía *Health for the Americas* –partir de lo general a lo particular–, las restantes nueve pláticas se enfocaron en el tema del combate y tratamiento de enfermedades específicas –venéreas, tuberculosis, paludismo– y sobre todo en fomentar hábitos higiénicos, lo cual hicieron a través de pláticas, visitas domiciliarias y, por supuesto, el cine. Dependiendo de la enfermedad por combatir o los consejos higiénicos que debían promoverse, se plantearon estrategias para que los intermediarios sanitarios trabajaran directamente con las personas. Para combatir las enfermedades venéreas se tomaron medidas más drásticas, como “procesar a los dueños de las casas de prostitución y a los alcahuetes”. Se esperaba reconstruir los barrios “más bajos” y mejorar el ambiente social de la población incitándola a realizar actividades al aire libre en los parques que el programa proponía construir. En el caso de los consejos de higiene materna e infantil, las enfermeras y

⁵⁴ Proyecto de Programa para la Unidad de Salubridad de Xochimilco, D.F. de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública, AHSSA, fondo SSA, sección Subsya, caja 6, exp. 2.

trabajadoras sociales se movilizaron a las casas particulares a trabajar con las futuras madres o con las primerizas. Las aconsejaban y les mostraban cómo tratar al recién nacido. Estas actividades las completaron con la proyección de las películas *Enfermera para las Américas*⁵⁵ e *Infant Care*.

Pero ¿qué utilidad práctica tenían los guiones cinematográficos y las películas vistas? Dicho de otra manera, ¿cómo transmitir su mensaje a las personas? A fin de cuentas los intermediarios sanitarios tenían la responsabilidad de que los espectadores entendieran el mensaje y vieran mucho más que simples caricaturas moviéndose sobre la superficie de una pantalla de cine, porque, bien decían de los dibujos animados, “ya que esta técnica es nueva, frecuentemente se distraen por el uso de colores, humorismo, movimiento y no perciben el objeto de la película”.⁵⁶

Ya lo había hecho explícito la guía *Health for the Americas*: antes de proyectar la película era necesario introducir al espectador en el tema y, al final, ayudarlo a elaborar una conclusión de lo que había visto. Bien, pero ¿bajo qué criterios pedagógicos los intermediarios sanitarios debían transmitir lo que ellos asimilaban?, ¿cómo hacerlo entendible al público, entre el que muy seguramente había quienes no sabían ni leer ni escribir y aún carecían de las condiciones materiales necesarias para implementar en su vida cotidiana los hábitos higiénicos que promovían las películas? Bajo estricto sentido pedagógico, quizá la mejor manera para unificar criterios fue definir temas y relacionarlos con algunas escenas, incitando así al espectador a asociar la idea central con una imagen representativa. El siguiente cuadro ejemplifica mejor esta relación:

⁵⁵ Una copia de este cortometraje forma parte del acervo filmográfico del AHSSA (en resguardo en la Filmoteca de la UNAM). Al estilo de Walt Disney, esta historia está contada como si fuera un libro abierto. A cada cambio de página cambia el tema. Los temas son educación general para enfermeras, obstetricia, sanidad pública, cirugía, etcétera. Se les orienta sobre las visitas domiciliarias que deben realizar. Se les inculca la frase de Florence Nightingale “La profesión de la enfermera es mandato de Dios”.

⁵⁶ “Programa educacional propuesto para mejoras sanitarias en Xochimilco”, AHSSA, fondo SSA, sección subsya, caja 6, exp. 2. s.f. Otra opinión de peso es la del doctor Aguirre Beltrán, quien afirmó que la relación entre el cine y las comunidades indígenas fue una acción inoperante como método de educación higiénica, porque las películas de muñecos animados como las de actores presentaban una realidad que no siempre era comprendida por el indígena. Además criticaba que las películas situaban al espectador en una actitud pasiva de mera recepción y por largos lapsos en los que era muy difícil que se les explicara la escena. Véase Aguirre Beltrán, 1980, pp. 188-190.

Cuadro 3

<i>Punto básico</i>	<i>Ilustración de la película</i>
1. Idea unánimemente aceptada	1. Esta es la historia de todos nosotros
2. El deseo de sentirse importante	2. José tiene posesiones
3. Respetar la personalidad	3. Sabe la manera de protegerse contra el hambre y el clima
4. Apelar tanto a la emoción como a la razón	4. Hay un enemigo invisible, silencioso, mortal
5. Sugerir sus ideas en forma de pregunta	5. ¿Cómo es posible que microbios tan pequeños puedan perjudicar a una persona tan grande?
6. Adaptar su programa al nivel de comprensión	6. Explicación de la muerte del árbol por los insectos
7. Tratar que la persona forme sus propias conclusiones	7. Ejemplos de acción microbiana agua-moscas-mosquitos
8. Ayudar a la persona a conocer sus propias responsabilidades	8. Atacar a los microbios antes que ellos lo ataquen
9. Ser constructivo y específico	9. Lo que José debe hacer para protegerse
10. Apelar a la emoción, la vida sana y la seguridad económica	10. Hacer estas cosas y ser feliz y próspero

Fuente: Proyecto de Programa para la Unidad de Salubridad de Xochimilco, D.F., de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública, AHSSA, SSA, Subsya, caja 6, exp. 2.

Lo interesante de estos diez puntos es el mensaje político-sanitario que subyace en cada una de las películas de la OIAA, que se asocia con el discurso prevaleciente: “la defensa del continente”, tanto en la Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores como en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (Río de Janeiro, 1942), en la que todos los latinoamericanos debían participar. Cuidar de la salud y fomentar la higiene se convirtió en un problema colectivo para las autoridades sanitarias y la población civil; por eso, los primeros dos puntos buscaban transmitir la certeza de que los espectadores estaban involucrados en esa “historia de todos”, para defender en equipo el bien máspreciado, es decir, su salud.

Los siguientes cuatro puntos ya se refieren a un individuo que pese a conocer los beneficios de la higiene y cuidar su salud (núm. 3) es vulnerable a “algún” ataque. Entonces, tenemos un segundo planteamiento implícito relacionado con la necesidad de estar alerta ante cualquier amenaza. En el punto número 4 se hace evidente que aparece en escena el enemigo principal: la enfermedad –“invisible, silencioso y mortal”–, que se había convertido en la otra cara de los enemigos de Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial. Al respecto, *La defensa contra la invasión* es sin duda la película que mejor representa esta asociación entre la enfermedad y el enemigo. Había que defender al organismo de los microbios o, dicho con otras palabras, al continente de un ataque militar. En este esquema de asociación acción-imagen, la prevención está presente: “atacar a los microbios antes que ellos lo hagan” (núm. 8) o más explícitamente, “lo que José debe hacer para protegerse” (núm. 9). Alusiones como éstas justificaban la utilidad de los programas sanitarios y la educación higiénica, promotores, justamente, de una cultura de la prevención. El número 10 engloba con su frase el propósito de las películas de Disney: “hacer estas cosas y ser feliz y próspero”, y planteaba al espectador la siguiente interrogante: “¿quieres ser feliz?, pues aprende a incorporar a tu vida cotidiana todo lo que aquí te enseñamos”.

A lo largo del curso se proyectaron diecisiete películas que después los intermediarios sanitarios, dependiendo de la demanda de los materiales, podían solicitar en la Dirección General de Educación Higiénica de la SSA. En el interior del país podían pedir las en los Centros Coordinados Regionales y, como última opción, en la sección informativa de la embajada de Estados Unidos.

Caravana Disney en la Cuenca de Tepalcatepec

La campaña de la Cuenca de Tepalcatepec fue clasificada por el Programa Cooperativo de Saneamiento y Salubridad como proyecto Mex-Med-4. Cubría una superficie de 21 058 km², abarcaba veintiún municipios de Michoacán, seis de Jalisco y otros tantos de Guanajuato. Al iniciarse los trabajos en 1949, había censadas 233 144 personas que vivían en la región y el objetivo de la campaña fue “hacer de la cuenca una región sana”, a través de la vacunación contra la viruela, pero también se trataron otras enfermedades. El coordinador fue el doctor Gustavo Abreu Jasso, y Pío

Alcántara fue el médico jefe de Distrito para medicina preventiva.⁵⁷ Había dos brigadas con su correspondiente jefe, diez vacunadores en cada una y un chofer. En ocasiones estaban formadas por mujeres y por gente joven que reclutaron en la ciudad de Uruapan, a quienes se entrenó durante doce días. Cada brigada tenía un jeep –que no siempre servía– para desplazarse, aunque había zonas geográficamente difíciles a las que no podían llegar con el automóvil y por eso tenían que hacerlo a pie o a caballo. Los recorridos que los brigadistas hicieron por rancherías y pueblos ayudaron a modificar el plano y el censo de la Cuenca porque a cada visita que realizaban ubicaban los pueblos, establecían el número de habitantes que vivían allí y calculaban la distancia entre un pueblo y otro. Llamaron *zonas abruptas* a aquellas donde la ranchería era de una casa y estaba a “cinco o seis horas de distancia en ‘bestia’ de la otra”.

El trabajo conjunto del epidemiólogo y el sanitarista, a quien también se llamó “oficial sanitario de enlace”, fue fundamental para las labores de la brigada; el segundo manejaba el jeep de la brigada y se adelantaba a las cabeceras de los municipios a “preparar el terreno” porque hablaba con las autoridades, distribuía circulares a la población, organizaba pláticas y, de ser necesario, daba consultas gratis. Por su parte, el epidemiólogo, si consideraba apropiado el ambiente, iniciaba la vacunación de la población. Ambos eran los encargados de trasladar, conservar y distribuir la linfa antivariólica. La responsabilidad era altísima y el riesgo que significaba trasladarla por zonas alejadas entre sí, después de largas jornadas de 12 horas con temperaturas desfavorables –o mucho calor o torrenciales lluvias–, sin el apoyo de un vehículo que agilizara el traslado, pagando de su bolsillo rentas de mulas –entre cinco y seis pesos– que rebasaba su presupuesto, motivó que en sus informes de trabajo insistieran en que, pese a los contratiempos mencionados, trasladaban la linfa. Su relato escrito quizá les sirvió para proteger su trabajo porque si la vacuna se quedaba sin hielo y se

⁵⁷ Véase AHSSA, fondo SSA, sección Subsya, caja 33, exp. 9 (1949-1951) 234 fs. Convenios, proyectos en cooperación con la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Proyecto Mex-Med-4. Una obra importante de la antropología mexicana es *Problemas de la Población indígena de la Cuenca del Tepalcatepec*, de Gonzalo Aguirre Beltrán. Su primera edición es de 1952 y en el volumen II el autor dedicó un apartado a los temas de la medicina y la salubridad en esa región. Con base en informes de médicos que trabajaron en la región en los años cincuenta, Aguirre Beltrán recrea el cuadro epidemiológico de la población, sus prácticas de saneamiento e higiene y sus prácticas de medicina tradicional. Véase Aguirre Beltrán, 1995, pp. 125-256.

descomponía corrían el riesgo de ser dados de baja del servicio; por eso, “al salir y volver del campo como acto primordial revisan su termo y le colocan hielo si es necesario”.

Es sumamente importante hacer notar la forma como se traslada, conserva y distribuye la linfa antivariólica. El epidemiólogo y el oficial sanitario de enlace la recogen en el Centro de Higiene en Uruapan y del refrigerador se deposita en una caja con bastante hielo, se lleva en el jeep hasta los lugares elegidos como centros de aprovisionamiento y se deposita en un recipiente metálico dentro de una congeladora. De allí se hace la distribución de los termos de un galón con bastante hielo y se les reparte a las distintas secciones de las brigadas. Al mismo tiempo se obtienen marquetas de hielo que se encostalan con aserrín. De los termos de un galón se ponen en los de ½ para cada pareja con el suficiente hielo para que se conserve 48 horas.⁵⁸

No es novedad dar a conocer las carencias, inclemencias y desasosiego que vivieron muchos de los intermediarios en su trabajo cotidiano; lo que sí es menester resaltar es la medida con la que algunos de ellos reportaron los inconvenientes que sufrieron:

No quiero extenderme en lamentaciones y suspender la buena fe de esa superioridad pero sí hago hincapié en que es inhumano que los vacunadores hicieran el recorrido a pie, la temporada de lluvia entorpece nuestra labor así como la ausencia de gente, de jefes de casa, mujeres y niños en edad escolar se encuentran sembrando sus tierras.⁵⁹

Esta “queja” hace recordar al “tipo ideal” de educador sanitario con “espíritu de sacrificio de un apóstol” promovido por las autoridades sanitarias.

Hacia finales de la década de los cuarenta se decía que las brigadas de educación higiénica “ablandaban” a la gente; supongo que quien lo afirmó se refería a que blandaban su estado de ánimo.⁶⁰ Por eso, una estrategia de las

⁵⁸ Proyecto Cuenca de Tepalcatepec. Informe del Ing. sanitario y el médico jefe de Distrito para Medicina Preventiva, AHSS, fondo SSA, Subsya, caja 33, exp. 9, 1949-1951.

⁵⁹ Informe de Francisco Chavarría desde Quitupán, Jalisco, 27 de junio de 1949, AHSS, fondo SSA, Subsya, caja 33, exp. 9, 1949-1951.

⁶⁰ Informe mensual de labores de la brigada de educación higiénica, Francisco Chavarría Valero, jefe de Brigada, agosto de 1949, AHSS, fondo SSA, Subsya, caja 33, exp. 9, 1949-1951.

campañas fue enviar en avanzada a esta brigada para facilitar el acceso al resto del equipo y lograr, por una parte, que los habitantes de una comunidad rural cualquiera, luego de ver *La defensa contra la invasión*, recibiera con menos recelo a los vacunadores. Tal vez, después de ver *Cómo viaja la enfermedad*, evitarían la suciedad y modificarían *his old costumes*. La otra posibilidad era que simplemente se mantuvieran expectantes frente a la pantalla, distraídos con los colores y el movimiento, sin entender, como se había advertido, el objetivo de la película. Estas variables eran impredecibles y frente a una u otra lo que se buscaba era persuadir a la gente de que recibieran de buena manera a las brigadas, porque de la buena acogida que les dieran dependía, en gran parte, el éxito de la campaña. Aunque existen testimonios de rechazo a los brigadistas, aclaran que generalmente fue en poblaciones que no habían tenido la visita de la brigada de avanzada; en términos de nuestro intermediario sanitario, se trató de personas que no habían sido “ablandadas”.

Estas brigadas educativas fueron itinerantes; particularmente la de la Cuenca trabajó en equipo con la brigada móvil de la Secretaría de Educación Pública y sus integrantes. Ambas brigadas “uniendo esfuerzos organizaron eventos culturales”. La de la SSA llevaba su propio equipo de cine, un aparato Ampro con pantalla tipo cristal que era el “único elemento” con el que contaban. Para conectar el sonido necesitaron apoyo de la brigada de la SEP, que les suministró la electricidad porque llevaba una planta de luz portátil. Las brigadas motorizadas, mencionadas en el segundo capítulo, contaron con camionetas que al parecer estuvieron mejor equipadas. El doctor Chavarría Valero, jefe de la brigada, se quejaba constantemente de que les faltaba el material adecuado para trabajar, y quizá por eso sus informes también fueron inconstantes o reportaron que la brigada no se había movilizó por falta de insumos o porque alguno de sus integrantes había sido reclutado en una brigada de vacunación. Con altas y bajas, la brigada de la Cuenca tuvo una meta: formar “el ejército infantil de la salud”, y para eso se valió de la proyección de casi todo el *stock* de películas de Disney. Desde 1946, *Defense Against Invasion* fue enviada al estado de Michoacán para su uso en la campaña contra la viruela. El doctor Manuel González Rivera, que estuvo a cargo de los programas de educación higiénica, afirmó haber recibido una copia de la película así como folletos explicativos.⁶¹

⁶¹ “Campaña de educación higiénica dentro de la lucha contra la viruela en el estado de Michoacán, 18 de marzo de 1947”, AHSS, fondo SSA, Subsya, caja 31, exp. 3.

La campaña en la Cuenca proyectó las películas; la información más representativa que pudimos rescatar sobre el acontecimiento cinematográfico se limita al número de personas que asistieron al cine. Esta falta de información nos sugiere dos cosas: o no hubo actos de resistencia de importancia para ser narrados o el tema no fue suficientemente importante para los médicos, sanitaristas y maestros rurales, quienes no dejaron testimonios escritos. Sin embargo, al encontrar referencias —como la siguiente— queda abierta la posibilidad de un estudio mayor que permita adentrarnos al trabajo cotidiano de los intermediarios sanitarios y sus vicisitudes: en una función de cine con películas donadas a la SEP por Casa Bayer, el público manifestó su disgusto y “se exaltó de tal forma que reventó el cable conductor de la energía eléctrica para que no continuaran proyectando películas inmorales”.⁶² Lo anterior y el trabajo realizado por Seth Fein es lo que más se aproxima a un intento por dar cobertura a la *caravana cinematográfica* de finales de los años cuarenta y cincuenta, promovida por la Oficina de Asuntos Interamericanos.

La investigación realizada por Fein reconstruye las giras de propaganda cinematográfica que se llevaron a cabo en Veracruz, Hidalgo y el Estado de México y, con imágenes, nos adentra en el escenario rural, donde se observa a los campesinos frente a la pantalla de cine que las unidades móviles, enviadas por la embajada estadounidense, trasladaron a las comunidades.⁶³

A lo largo de este capítulo vimos que en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, las políticas sanitarias internacionales tuvieron como propósito promover la defensa del continente a través de la salud pública. Los representantes de Estados Unidos y de los países latinoamericanos cerraron filas para promover programas sanitarios con los cuales —se argumentó—, en clara alusión al Eje, se defendía a la población de ataques enemigos perjudiciales.

⁶² “Todo lo relativo a la semana de Higiene en la Escuela Primaria núm. 46, Tulyehualco, Iztapalapa”, AHSEP, fondo Psicopedagogía e Higiene, caja 5 171, exp. 5 171/11, 1936.

⁶³ La gira realizada en el estado de Veracruz, durante el verano de 1950, la encabezó el gobernador Ángel Carvajal, acompañado por una comitiva formada por representantes de las secretarías de Agricultura, Recursos Hidráulicos, el rector de la Universidad de Veracruz y los representantes estatales de educación y salud. Para anunciar las películas, se repartieron carteles y se contrataron grupos musicales locales. Se visitaron 61 comunidades rurales en las que se proyectaron películas. Véase Fein, 1998.

Desde Washington, la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, encabezada por Nelson Rockefeller, justificaba su incursión en los países latinoamericanos a través de la ambiciosa campaña *Health for the Americas*, dirigida particularmente a los campesinos latinoamericanos; para ellos, se pensó en atractivas estrategias de educación higiénica y propaganda, que incluyeron una novedosa cartelera cinematográfica (doblada al español y portugués) que posicionó al cine como un importante instrumento de educación higiénica. En México, la campaña se realizó en el marco del llamado Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento, que impulsó varias acciones: 1) el combate a enfermedades como la viruela, la sífilis y el paludismo, entre otras; 2) la formación de cuadros de médicos y enfermeras en escuelas estadounidenses como la Escuela de Salud de Ann Harbor en Michigan, y 3) en el terreno de la educación higiénica, promovió la proyección de las películas producidas por la Oficina de Asuntos Interamericanos. Hubo tres cineastas destacados: Walt Disney, Herbert Knapp y Jack Chertok, quienes además de exponer con sus películas consejos sanitarios a la audiencia, ofrecieron a los espectadores la posibilidad de identificarse con los personajes que veían en pantalla. En el intento por mostrar a los campesinos la diferencia entre ser limpio o sucio, productivo o flojo, cada cortometraje articuló eventos de la vida cotidiana de la población rural con los problemas médico-sanitarios de la época. Walt Disney diseñó su propia representación de la realidad higiénico-sanitaria de los países latinoamericanos y exhibió a sus habitantes como individuos ignorantes, carentes de los hábitos higiénicos más elementales para llevar una vida digna y saludable. No tomó en cuenta que los contextos sociales, políticos y culturales de cada país no siempre favorecían las condiciones sanitarias de sus habitantes y, por eso, lo que destaca en sus filmes, y en general en los promovidos por la OIAA, es que el proyecto de salud gestado en Estados Unidos y mostrado a través de las películas era el adecuado para orientar y “salvar” a los campesinos latinoamericanos de la suciedad y la enfermedad. La producción cinematográfica de Salud para las Américas encontró, particularmente en Walt Disney, al creador de un mundo poblado de campesinos sucios y enfermos a quienes educar. Con estas representaciones, coloreadas con una amplia gama cromática, el proyecto justificaba su incursión en América Latina.

Más allá de una simple animación para niños, estos cortometrajes se integran a la amplia filmografía estadounidense exhibida en México en el

marco de las campañas sanitarias y sus programas de educación higiénica realizados en la primera mitad del siglo xx. Un rasgo distintivo es que estos cortometrajes se filmaron pensando en un público definido: los campesinos latinoamericanos en su entorno rural y sus limitaciones materiales, económicas, de infraestructura sanitaria y de educación higiénica fueron tomadas en cuenta solamente para evidenciar su retraso.

V. A ERRADICAR EL PALUDISMO: UNA VERSIÓN CINEMATOGRAFICA MEXICANA*

LA CAMPAÑA NACIONAL de Erradicación del Paludismo inició en diciembre de 1955, dependió de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y tuvo cobertura nacional. Para su puesta en marcha se formó la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo (en adelante CNEP), que estuvo encabezada por el doctor Ignacio Morones Prieto (secretario de Salubridad) y conformada por cinco vocales y consejeros internacionales que generalmente fueron estadounidenses.¹ En su interior se crearon las Direcciones de Administración, Adiestramiento, Educación Higiénica, Epidemiología, Investigación y Fomento, Logística y Operaciones de Rociado. Un general, dos coroneles del ejército y un grupo de oficiales de la armada trabajaron de tiempo completo para entrenar al personal local. El país se dividió en 14 zonas y en la Ciudad de México estaba la oficina central.² La campaña se organizó en tres

* Un fragmento de este capítulo se publicó en “Estado benefactor y ciudadanos obedientes. *Guerra al Paludismo, Cruzada Heroica y Erradicación del Paludismo*, tres cortometrajes para una campaña, 1955-1960”, en Ariadna Acevedo y Paula López Caballero (coords.), *Ciudadanos inesperados. Espacios de formación de la ciudadanía ayer y hoy*, México, El Colegio de México, CINVESTAV, 2012, pp. 167-190.

¹ Entre los médicos líderes de la campaña tenemos al bacteriólogo José Zozaya, experto en el estudio de la salmonelosis y, durante dos años, 1944 a 1946, director de Instituto de Salud Pública y Enfermedades Tropicales. También tenemos al entomólogo Luis Vargas, becado por la Rockefeller para hacer su maestría en salud pública en la Universidad Johns Hopkins. Vargas representaba a la generación de médicos mexicanos seguidores de la corriente estadounidense en el estudio de la medicina y la ciencia.

² Zona I: estado de Yucatán, municipios de Campeche y territorio de Quintana Roo. Zona II: estado de Tabasco, 24 municipios del estado de Chiapas, dos de Campeche y 20 del sur de Veracruz. Zona III: parte central del estado de Veracruz, seis municipios del suroeste de Puebla y el municipio de Tuxtepec, Oaxaca. Zona IV: estado de Chiapas. Zona V: estado de Oaxaca. Zona VI: estados de San Luis Potosí, Querétaro e Hidalgo y 30 municipios de Veracruz. Zona VII: Tamaulipas, Nuevo León y Coahuila. Zona VIII: Puebla, Guerrero, Tlaxcala y D.F. Zona IX: Guerrero y dos municipios de Oaxaca. Zona X: Michoacán, Guanajuato y 22 municipios del Estado de México y Jalisco. Zona XI: Colima,

fases y quedó establecido que si después de tres años de trabajo no aparecía ningún caso de paludismo, la enfermedad se declararía erradicada del país. La primera de estas fases, llamada de “preparación o plan piloto”, se realizó entre diciembre de 1955 y diciembre de 1956 y constó de dos etapas; la primera fue el reconocimiento epidemiológico y geográfico de la enfermedad, y la segunda consistió en realizar una prueba inicial de rociado, que duró tres meses. También se procedió a identificar a los enfermos de paludismo mediante visitas domiciliarias, casa por casa, donde se tomaban muestras de sangre para determinar la presencia o ausencia del plasmodio. En esta primera fase, el registro de rociadores y casas visitadas ascendió a 1 671 757 habitantes; 2 689 rociadores, y 3 361 429 casas fumigadas.³

La segunda fase se llamó de “erradicación”; se realizó de enero de 1957 al 31 de diciembre de 1960, y consistió en emprender el rociado “intra-domiciliario”, con insecticidas de acción prolongada, así como con el suministro de medicamento antipalúdico. Para las operaciones de rociado se contó con personal que fumigó con insecticidas las casas-habitación ubicadas en zonas palúdicas. Los insecticidas utilizados fueron el DDT y el dieldrín, que se aplicaron con las llamadas bombas-aspersoras de mochila. Por último, la tercera fase inició en 1961 y se llamó de “vigilancia epidemiológica”. Su objetivo fue dar seguimiento a los resultados de las fases anteriores y, de ser necesario, redoblar esfuerzos, porque la finalidad era declarar al paludismo erradicado del país.

La campaña dedicó tiempo y esfuerzo a la propaganda y la educación higiénica. Para esto, la CNEP editó el *Boletín* regional –del que hablaré más adelante– y diseñó llamativos carteles. Sin embargo, uno de sus atractivos propagandísticos fue la cobertura cinematográfica promovida por la Comisión mediante la realización de cortometrajes en la Sección de Educación Higiénica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En este capítulo retomamos tres de ellos: *Guerra al paludismo*, *Cruzada heroica* y *Erradicación del paludismo en México*.⁴ Sus guiones magnificaron los trabajos de la

Jalisco y Nayarit. Zona XII: Aguascalientes y Zacatecas. Zona XIII: Sinaloa, Durango, los correspondientes al territorio sur de Baja California y cinco de Chihuahua. Zona XIV: Sonora, Chihuahua y cinco de Baja California Norte. Véase Blancarte Meléndez, 1959, p. 39.

³ Datos dictados por Marcos Cueto con su ponencia “Cold War Malaria in Mexico”, presentada en el Simposio Global Health Histories, realizado en el National Institute of Health en Bethesda, Maryland (Washington), los días 3 y 4 de noviembre de 2005.

⁴ El primero fue realizado por el fotógrafo alemán Walter Reuter, radicado en México desde finales de los años treinta. El segundo lo dirigió Francisco del Villar, y el tercero

Comisión y fueron estructurados con base en una retórica que destacó el esfuerzo del Estado mexicano y los mexicanos “comprometidos con la nación” en la batalla contra el paludismo. En este sentido, estos cortos son varias fuentes audiovisuales que serán analizadas como parte de un corpus de propaganda oficial que reflejan el momento en que fueron realizados.

Para entrar en materia se exponen brevemente las características de contagio y profilaxis del paludismo, y más que enumerar cada una de las campañas realizadas a lo largo del siglo xx, pondremos atención en las dos técnicas de combate que, de acuerdo con las decisiones sanitarias mundiales, definieron el *modus operandi* de las campañas antipalúdicas: el trabajo antilarvario y el de erradicación. Como la campaña que aquí interesa es la de erradicación, defino el concepto y presento algunos aspectos del contexto internacional regidos por la declaratoria de la Organización Mundial de la Salud y su propósito por llevar a cabo la erradicación mundial del paludismo. Después analizo la organización de la campaña nacional y su estrategia de educación higiénica a través del cine.

Para entrar en materia cinematográfica presento un recuento de la filmografía antipalúdica (mayoritariamente estadounidense) producida entre 1925 y 1960, periodo atravesado por la Segunda Guerra Mundial y la Guerra Fría iniciada en 1947. Esto explica que los documentales producidos en este periodo tuvieran un notorio matiz bélico que definió elementos simbólicos que permearon la filmografía mexicana que aquí analizamos. Un ejemplo de ello es el uso de un discurso belicoso y anticomunista propio de la época, que en voz de los narradores salta a escena para presentar al mosquito *anopheles* –portador de la enfermedad– como el “enemigo público núm. 1”, y su combate, una guerra sin tregua. Con base en estos referentes, encontramos en los documentales antipalúdicos mexicanos que el hilo conductor es precisamente el que integra el lenguaje bélico internacional al ya muy repetido discurso nacional que insistía en que el progreso de México radicaba en el combate a las enfermedades y, por lo tanto, en el trabajo de las instituciones sanitarias para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos. La campaña se dividió en tres fases con una cronología específica. La fase tres inició en 1961 y sus resultados fueron valorados

el Centro Audiovisual de la Dirección de Higiene de la SSA. Estos dos últimos fueron producidos por la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, con la supervisión de la Secretaría de Salud y la CNEP. Copias de estos documentales se encuentran en la Filmoteca Nacional de la UNAM. Con excepción de *Guerra al paludismo*, las otras dos forman parte del acervo del AHSSA.

varios años después. Esta parte se sale del marco cronológico propuesto aquí, por lo que solamente mencionaré algunos aspectos generales de ella.

EL PALUDISMO Y SUS MANIFESTACIONES

El paludismo, también llamado malaria, es una enfermedad parasitaria, caracterizada por la presencia de un protozoo perteneciente a la clase *Plasmodium* en la sangre del hombre. Su agente transmisor es la hembra del mosquito tipo *anopheles*, que actúa como vector del padecimiento; “un solo zancudo puede picar a 30 personas, pone cientos de huevos y puede dar nacimiento a tres o cuatro generaciones durante la estación”.⁵ Su nombre viene de la idea que se tenía antes de la aparición de la bacteriología, cuando se atribuía su origen a una intoxicación producida por los miasmas de los pantanos (*palus*, pantano). Clínicamente, se manifiesta por una serie de síntomas que inician con fiebre matutina (intermitente, remitente y pernicioso) que provoca malestar general y escalofríos con duración aproximada de una hora. Las consecuencias de las altas temperaturas producen vómito y crecimiento del bazo e hígado. Es una enfermedad de carácter agudo y con frecuencia crónico,⁶ y quienes la padecen están imposibilitados para cualquier actividad productiva. En 1935, el paludismo se extendía por las tres quintas partes del territorio mexicano y el reconocido malariólogo mexicano Galo Soberón y Parra afirmaba que “es la enfermedad que en el mundo entero da el mayor número de casos tanto en morbilidad como en mortalidad”.⁷ Los *anopheles* viven en las

⁵ Alba, 1932, pp. 31-45. Existen más de 400 especies de *anopheles*, aproximadamente 70 son vectores de la malaria y es la hembra la principal transmisora. Véase Cueto, 2007b, p. 2.

⁶ Uno de los estudios clásicos de los años treinta es el del doctor Galo Soberón y Parra, *Nociones de Malarología*. En este libro encontramos detalles de la historia antigua de la enfermedad, sus características etiológicas (etiología es el término que se utiliza para designar el estudio de las causas de las enfermedades), métodos de profilaxis y la descripción de los principales *anopheles* en la República mexicana, entre otras especificaciones científicas. Véase, Soberón y Parra, 1936, p. 90.

⁷ Soberón y Parra, 1936, p. 8. Por morbilidad se entiende al número de personas enfermas o casos de una enfermedad en relación con la población en que se presentan. La relación se establece a través de tasas de morbilidad, que incluyen la incidencia y la prevalencia. Por mortalidad se entiende el número de defunciones en un periodo específico; véase Lasso Echeverría, 2001, pp. 305-306.

regiones con temperatura media; en los climas templados hay brotes solamente cuando la temperatura se eleva; en cambio, en los lugares cálidos, las epidemias aparecen en todos los meses del año. La humedad es otro factor que favorece la reproducción del mosquito. El paludismo no respeta edad ni sexo; se presenta con mayor intensidad en las zonas rurales y son los niños y los hombres (campesinos) los más predispuestos a contraer la enfermedad. El doctor Martínez Báez la definió como una enfermedad social porque sus consecuencias no afectaban solamente al individuo que la padece sino a la población en la que vive.⁸

¿Cuáles han sido las estrategias para combatir el paludismo en México? Sin duda, desde mediados del siglo XIX los esfuerzos han sido constantes y desde los primeros años del XX se organizaron nuevas campañas para su combate y control. Los informes de trabajo publicados en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* demuestran que fue una preocupación constante de los diferentes jefes del Departamento. La sección de Enfermedades Tropicales –mencionada en el primer capítulo– fue la que asumió la responsabilidad de combatir esta enfermedad. Las defunciones provocadas por el paludismo hacia finales de la década de 1920 y principios de 1932 se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 4

<i>Año</i>	<i>Núm. de defunciones</i>	<i>Coficiente por 100 000 hab.</i>
1928	18 720	134.2
1929	17 215	123.2
1930	27 183	177.2
1931	36 182	233.24
1932	20 790	131.27

Fuente: Informe del Instituto de Enfermedades Tropicales, *BDSP*, 1933, p. 135.

En cinco años habían muerto 120 089 personas a causa de las fiebres y caquexias palúdicas. Los contagiados que sobrevivían veían reducido su rendimiento laboral y su calidad de vida se deterioraba. Llevados estos casos al terreno nacional, el paludismo afectaba el progreso agrícola e in-

⁸ Martínez Báez, 1980, p. 97.

dustrial; por sí solo era un grave factor de empobrecimiento nacional en el trópico mexicano;⁹ por esta razón, era de esperar que las campañas para combatirlo fueran permanentes.

Más que enumerar las diferentes campañas que se llevaron a cabo a lo largo de las décadas de los años veinte, treinta y cuarenta, me interesa destacar que su combate fue a través de dos métodos: el antilarvario y el erradicación. Como veremos más adelante, estas dos técnicas fueron representadas cinematográficamente y marcaron diferencias temáticas y cronológicas en los documentales revisados para elaborar este capítulo. La forma tradicional de los servicios antilarvarios era inspeccionar los depósitos de agua caseros y charcos para identificar los criaderos de mosquitos y eliminarlos, ya fuera petrolizando los charcos o depositando peces larvicidas en su interior.¹⁰ Se aconsejaba a la población que cubriera ventanas y puertas con telas de mosquitero y se dio gran difusión a la medicación con quinina. El auge de los servicios antilarvarios se mantuvo hasta inicios de la década de 1940, cuando fueron reemplazados —que no eliminados— por el uso de químicos industriales como el DDT y el dieldrín. En octubre de 1942, la compañía de químicos suiza Geigy entregaba a entomólogos estadounidenses algunos reportes que demostraban la eficacia de un nuevo insecticida para matar insectos, que además era “relativamente no tóxico para humanos y animales”.¹¹ En enero de 1945, el jefe de medicina preventiva de la armada de Estados Unidos anunciaba que el DDT sería la mayor contribución de la guerra al futuro de la salud mundial. Tres años después, su inventor, el suizo Paul Müller, recibió el premio Nobel de medicina.¹² Utilizado para combatir el tifo, el DDT fue adquiriendo una fuerza médica e industrial sin precedente, que a lo largo de la década de los cuarenta modificó las estrategias de combate contra los insectos portadores de enfermedades como la malaria. El uso del DDT, que podía matar o controlar

⁹ Informe de Labores del Instituto de Enfermedades Tropicales, *BDSP*, 1931, p. 275.

¹⁰ En México la especie *Gambusia* era la más recomendable —se conocían como charcos— que se reproducían en ríos de América y fueron exportados de Estados Unidos a México. El 11 de enero de 1921, Gabriel Malda solicitó a la Meridian Highway Association, de San Marcos, Texas, la venta de 2 500 peces *gambusia*, a los que llamó “preciosos agentes de saneamiento”, para su uso en las campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo. Véase “Gestiones sobre la adquisición de peces *Gambusia* en Estados Unidos”, *AHSS*, sp, *Epidemiología*, caja 24, exp. 5, f. 1.

¹¹ Para una historia del DDT y sus implicaciones sociales, sanitarias y políticas. Véase Humphreys, 1996; Rusell, 1999, y Stapleton, 2005.

¹² Para más datos de los resultados de la investigación de Müller, véase Stapleton, 2005.

los insectos de una forma barata y relativamente fácil tecnológicamente, fue reconocido como uno de los mayores triunfos de la Segunda Guerra Mundial.¹³

El médico mexicano Cervantes González consideró el DDT y el diel-drín como parte de “las tendencias más modernas de la malariología”, porque a su uso se integraron nuevas técnicas de saneamiento ambiental y el empleo de los medicamentos antipalúdicos que se popularizaron después de la Segunda Guerra Mundial.¹⁴ De hecho, durante los años de guerra, al paludismo se le llamó “la enfermedad de la Segunda Guerra Mundial”.¹⁵

El proceso de sustitución de los trabajos de petrolización de charcos por los químicos es un espejo donde podemos encontrar reflejadas las políticas sanitarias internacionales que han regulado, en el terreno de lo epidemiológico, el combate del paludismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en su *Boletín* de 1948 su política para combatir al paludismo.¹⁶ En este documento destacó que la función de sus representantes, en los diferentes países integrantes de la entidad, sería asesorar a sus autoridades sanitarias en el manejo de las “técnicas científicas”, es decir, el análisis de insecticidas y el rociado con DDT de casas habitación y cultivos.¹⁷

Para el caso mexicano, recordemos que la Oficina de Especialización Sanitaria de la SSA ya realizaba, en 1945, pruebas con DDT en Temixco, Morelos, y se habían logrado, según los responsables de la campaña, resultados favorables que habían reducido en 99% a los *anopheles* adultos.¹⁸

¹³ Stapleton, 2005, p. 514.

¹⁴ Cervantes González, 1979, p. 39.

¹⁵ Cervantes González, 1979, p. 39.

¹⁶ World Health Organization (WHO). Se fundó el 7 de abril de 1948. Su sede está en Ginebra, Suiza, y tiene como principal órgano legislativo a la Asamblea Mundial de la Salud que se reúne anualmente. Su objetivo general es que todos los pueblos logren el más alto nivel de salud posible. Véase Lasso Echeverría, 2001, p. 94.

¹⁷ “Malaria policy of WHO”, *Bulletin of World Health Organization*, núm. 2, 1948, p. 216. Entre los médicos asistentes a la segunda sesión del comité de expertos malariólogos celebrada en la ciudad de Washington en mayo de 1948 asistió el mexicano Luis Vargas, del laboratorio de Entomología de la Secretaría de Salud.

¹⁸ Entre 1945 y 1951 más de 100 000 kilogramos de DDT se emplearon en 385 pueblos y ciudades de México para protección de 480 620 habitantes. Hacia 1949 se hicieron pruebas en Xochimilco y en los campos petroleros de Pemex, así como en la Cuenca del Papaloapan, que incluyó a los estados de Veracruz, Oaxaca y Puebla. Cueto, 2007b, pp. 84-87.

Tres años después, el director del Buró Sanitario Panamericano, Fred L. Soper, uno de los promotores de la erradicación de la malaria en el mundo, solicitó al doctor Luis Vargas que lo informara de los resultados que ofrecía el uso del DDT en México. En una extensa carta, Vargas le explicó que se seguía usando con buenos resultados en el estado de Morelos y ya se usaba en Veracruz, Tabasco, Nuevo León y San Luis Potosí. En cada lugar se rociaban las casas con DDT en suspensiones a 5% y se impartía un curso especial para adiestrar al personal rociador.¹⁹

La disminución de la mortalidad en las zonas tratadas motivó a las autoridades sanitarias a pensar no solamente en controlar la enfermedad, sino en *erradicarla*. A principios de los años cincuenta, el término *erradicación* se puso en la mesa de discusión internacional y las campañas llevadas a cabo durante y después de la Segunda Guerra Mundial tomaron como bandera de acción erradicar el paludismo, es decir, “borrarlo de la faz de la tierra” o, si nos ajustamos a la definición que el diccionario de la lengua española le asigna al término erradicar, “arrancar de raíz” la enfermedad.²⁰ Marcos Cueto reconoce en Fred L. Soper al “arquitecto del concepto erradicación”.²¹

La primera campaña para erradicar una enfermedad se llevó a cabo en las áreas rurales de Haití, con el objetivo de combatir la frambesia, producida por el treponema de la sífilis, el cual afectaba a más de la mitad de la población.²² Sin embargo, la batalla más difícil para la erradicación había sido, según sus promotores, la del paludismo. En junio de 1955, el brasileño Marcelino Candau, entonces director de la Organización Mundial de la Salud, afirmaba que el objetivo de la Organización era erradicar la malaria en todo el mundo.²³

¹⁹ National Library of Medicine, fondo Fred L. Soper, caja 64. El fólter está rotulado Malaria Survey: use of DDT (MISC: A-M). La carta está fechada el 25 de noviembre de 1948.

²⁰ *Diccionario Larousse de la Lengua Española*, edición esencial, p. 265.

²¹ Cueto, 2007b, p. 109.

²² “Era temida por su contagiosidad y sus efectos: carcomía la piel dejando los huesos casi expuestos, atravesaba las palmas de las manos y mutilaba el rostro en los casos graves. La respuesta tradicional era muchas veces la terrible segregación en ‘leprosarios’ o ‘casas de la fambresia’, que suponía a su vez la pérdida del trabajo, la familia y el apoyo social”. Cueto, 2007b, p. 98.

²³ Propuesta del Director General de la oms, 20 de junio de 1955, National Librarie of Medicine, fondo Fred L. Soper, caja 55.

CAMPAÑA NACIONAL
DE ERRADICACIÓN DEL PALUDISMO EN MÉXICO

En la XIV Conferencia Sanitaria, efectuada en Santiago de Chile en 1954, los representantes de México coincidieron con quienes sostenían que era factible la erradicación del paludismo del continente americano. Esta posición fue confirmada en la VIII Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1955, en la Ciudad de México. En ella, el gobierno mexicano apoyó, junto con otros países, la propuesta para que la Organización Mundial de la Salud orientara las campañas antipalúdicas hacia la erradicación mundial. En ejercicio de su derecho de país miembro, México resolvió intervenir activamente en la campaña al elaborar un proyecto concreto para la erradicación de la enfermedad. Para poner en marcha la campaña se estableció un plan tripartito del que participaron, económicamente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la UNICEF y el Buró Sanitario Panamericano (antecedente de la Organización Panamericana de la Salud).²⁴ Por decreto presidencial, la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo se inauguró el 17 de diciembre de 1955 por el entonces presidente Adolfo Ruiz Cortines, quien la declaró de interés político y social, lo cual significaba que el gobierno mexicano asumiría la responsabilidad de financiar recursos para mantener equipos y personal. Por su parte, la sociedad civil debía cooperar para “borrar” la enfermedad del país.²⁵ El presidente Ruiz Cortines reforzaba la importancia de la campaña de esta manera:

Que si bien los gobiernos emanados de la Revolución se han preocupado hondamente por el problema de combatir y controlar el paludismo en la medida de sus posibilidades económicas, de los medios que el progreso científico ha puesto a su disposición, es hasta muy recientemente cuando los estudios, experimentos y adelantos científicos han permitido cambiar radicalmente las ideas sobre la lucha para controlar el paludismo por la de la lucha para erradicarlo, idea esta última que se funda en el empleo de los insecticidas residuales

²⁴ El costo total de la campaña fue estimado en 36 millones de pesos de los cuales el gobierno mexicano pagaría 20 millones, la UNICEF 10 y el Buró Sanitario Panamericano, un millón. Cuesto, 2007b, p. 86. Para una historia detallada de la Organización Panamericana de la Salud, véase Cueto, 2004.

²⁵ Gómez Dantés y Birn, 2000, p. 75.

cuya adecuada aplicación hace posible anular la transmisión del paludismo y lograr así extirparlo totalmente.²⁶

En 1950, el paludismo era la primera causa de muerte en Chiapas y Oaxaca, la segunda en Guerrero y Veracruz, y la tercera en Puebla. En los estados norteros de Tamaulipas y Nuevo León era la séptima. Diez años después, había desaparecido como causal de muerte en el norte del país, en Oaxaca ocupaba el tercer lugar y en Chiapas había descendido al quinto.²⁷ Con base en estas cifras quedaba de manifiesto que al iniciar la Campaña Nacional de Erradicación, el paludismo no era la principal causa de muerte en México. Lo mismo sucedía en Estados Unidos, donde la incidencia de la enfermedad disminuía cuando se pusieron en marcha campañas e inversiones millonarias para controlarla.²⁸

Para el caso mexicano la coincidencia en estas afirmaciones propicia el siguiente interrogante, ¿por qué buscar erradicar una enfermedad que se había controlado satisfactoriamente y que no representaba una causa de muerte inminente? Una respuesta posible es que en estos años las autoridades de la SSA reconocieron que los modernos insecticidas, por una parte, abarataban los costos de la lucha antipalúdica y, por la otra, permitían la posibilidad de establecer costos unitarios para calcular, con bastante exactitud, el costo global de los trabajos. Decían que, antiguamente, por su “poliformismo”, el costo de un programa de saneamiento malárico estaba íntimamente ligado con el número, extensión y naturaleza de los criaderos, y resultaba difícil fijar el valor para las obras pues éstas variaban de acuerdo con los requerimientos de cada país y región. En cambio, con el rociado de DDT en las habitaciones, los costos se podían calcular casi con exactitud en función de la unidad de superficie tratada.²⁹ Veamos algunos datos para Morelos:

Se ha calculado que en el estado de Morelos las casas tienen una superficie rociable, techos y paredes de 250 a 350 metros cuadrados y que cuesta un total el rociado de \$10.80 moneda nacional por casa cuando los materiales y

²⁶ “Tercer considerando del Decreto presidencial del 15 de diciembre de 1955 que crea la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo”. Un ejemplar está en: Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, AHSS, SA, SP, caja 51, exp. 1.

²⁷ Gómez Dantés y Birn, 2000, p. 70.

²⁸ Humphreys, 1996, p. 2, y Humphreys, 2001.

²⁹ *Memoria de la SSA 1947-1950*, p. 134.

el equipo se adquirirían al tipo de \$4.85 x dólar. Ahora el tipo está alrededor de 6.85 o sea que hoy cuesta cada casa alrededor de \$16.00.

En 1960 el trabajo de la CNEP estaba muy avanzado y las autoridades de la SSA afirmaban que la enfermedad había casi desaparecido de las zonas urbanas y el número de muertos había bajado considerablemente. Entre 1957 y 1962, los rociadores visitaron más de cuatro millones de casas, realizaron más de 27.2 millones de operaciones de rociado, un poco más de seis millones de pruebas de sangre y distribuyeron 11.2 millones de pastillas. En un corto plazo, los resultados se miraban favorables.³⁰ Sin embargo, Marcos Cueto sostiene que las autoridades sanitarias mexicanas sobreevaluaron los beneficios de la erradicación en aras de no perder el apoyo que recibían de la UNICEF y del Buró Sanitario Panamericano una vez que, en 1964, se negoció una extensión del acuerdo tripartita que se había establecido en 1956.³¹

Hasta aquí hemos visto características generales de la campaña; sin embargo, es necesario saber quiénes trabajaron con los hombres, mujeres y niños de las regiones donde se implementó, porque de esta manera conoceremos a los otros dos integrantes del grupo de intermediarios sanitarios presentados en el capítulo dos. Para esta campaña en particular tenemos a dos personajes, cuyos oficios se crearon ex profeso: el *rociador* y el *notificante*, o auxiliar de evaluación. Ambos fueron revestidos con el manto de salvadores de la población civil.

ROCIADORES Y NOTIFICANTES

En el entramado de trabajadores de la salud activos en las campañas sanitarias de la primera mitad del siglo xx en México destacan dos oficios escasamente tomados en cuenta por la historiografía sanitaria mexicana. Se trata de los *rociadores* y *notificantes* que participaron en la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo y tuvieron un papel fundamental, porque su labor se convirtió en gran medida en la base operativa de la campaña. Del rociador se dijo, en la segunda fase de la campaña, en 1957, que era “el pilar y gigante del programa de erradicación del paludismo”. En el

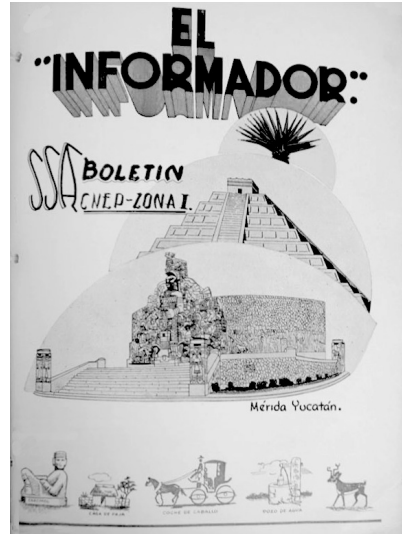
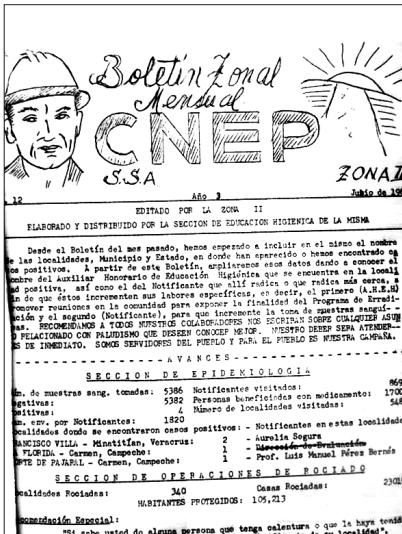
³⁰ Cueto, 2007b, p. 97.

³¹ Cueto, 2007b, p. 24.

notificante se puso toda la esperanza de que su amabilidad para tratar a la gente y su habilidad para persuadirla arrojaran resultados favorables para los objetivos de la campaña.

Las fuentes que mejor describieron el trabajo de estos personajes, y que por supuesto lo elogiaron, fueron los *Boletines de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo*.

Con un austero papel y una máquina de escribir, el personal de las comisiones de las diferentes zonas palúdicas elaboró estos *Boletines* en forma de cuadernillos, que se reprodujeron en fotocopias y documentaron los pormenores de la campaña y la vida cotidiana de quienes participaban en ella. Cada cabecera de las zonas palúdicas produjo su boletín. Sus títulos se asociaron generalmente con alguna región o modismo local; por ejemplo, la zona I, con sede en Mérida, Yucatán, lo llamó *El Informador*, la IV (con sede en Tapachula, Chiapas) tituló *El Chamula* a su boletín mensual; la zona X (Morelia) lo llamó *El Tarasco* y la zona XIII (Mazatlán, Sinaloa) lo llamó *El Humaya*.³²



Fotografías 23 y 24. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

³² Ejemplares de estos boletines se encuentran en “Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo”, AHSS, fondo SSA, sección Subsa, caja 84, exp. 3. 1960-1962, 781 fs.

Lo que distinguió un boletín regional de otro fueron sus ilustraciones de portada, las cuales dieron a este material un particular sello de identificación. La mayoría eran dibujos en blanco y negro o sangrías, realizados por los dibujantes de la comisión. La diferencia entre una portada y otra se aprecia en los logotipos o viñetas de algún elemento típico de la región —animales, comida, vestimenta— donde se publicaba el boletín y en que algunas estaban firmadas por su dibujante.

En la sección editorial el tema central fue el desarrollo de la campaña y, por eso, encontramos reportes de las inspecciones domiciliarias realizadas por rociadores y notificantes, el registro del número de casas fumigadas o de enfermos encontrados en la región; además, orientaban sobre la manera correcta de tomar las muestras de sangre (cómo hacer la gota grande y extenderla en el vidrio muestra). También dedicaban unas páginas a elogiar el trabajo de ambos trabajadores, condecorándolos con reconocimientos como el de “empleado del mes”. No podían faltar las secciones cultural y de entretenimiento, en las que reprodujeron refranes, adivinanzas y corridos, casi siempre relacionados con el paludismo y su combate.³³

Durante la segunda fase de la campaña —llamada de “erradicación”—, el rociador, a quien en los años cuarenta se llamaba el “humilde rociador”, se convirtió en el “pilar y gigante” del programa. También empezó a llamársele “Soldado de la salud”; su uniforme caqui se convirtió en símbolo de distinción y la frase “ni una casa sin rociar” en su lema. El editorial de un reporte de trabajo de la Comisión opinaba que los rociadores “habían emergido de las ignoradas sombras de lo indeseable para agigantarse ante el pueblo de México”.³⁴ El doctor Luis Vargas describió así sus jornadas, incluido el sueldo y horas de trabajo:

³³ Algunas notas curiosas como la del sector montado de la CNEP que sugería añadir a los semovientes, caballos de la campaña un “gobernador” para que su velocidad no excediera las 10 millas por hora porque de lo contrario los rociadores debían ser jinetes profesionales capaces de controlar un caballo veloz. Esta nota está ilustrada con el dibujo de un caballo corriendo y el rociador que casi se cae. Se escribieron corridos como el que el profesor Pablo Espinosa Ibarra le escribió a la Comisión Nacional de Paludismo “que ayuda con patriotismo para bien de la nación”.

³⁴ “El rociador, pilar y gigante en el programa de erradicación del paludismo”, en “Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo”, AHSS, fondo SSA, sección Subsa, caja 84, exp. 3. 1960-1962, 781 fs.

En los rociados se usa generalmente la bomba de carretilla manejada por un rociador y dos peones, el rociador gana de 7 a 9 pesos y los peones de 5 a 7 diarios. Trabajan como 8 horas y hacen como 8 casas. Generalmente un inspector sanitario supervisa a 4 bombas, no puede supervisar más, excepto en casos extraordinarios, porque entonces la supervisión es defectuosa. Temixco, Morelos, tiene 400 casas con un promedio de 2.9 gentes por casa.³⁵

Durante su época de auge, los rociadores figuraron en el cine como los actores principales y se les representó como *soldados* en batalla, que cambiaron el rifle de balas por un aspersor con DDT. También se hizo evidente en la filmografía antipalúdica que estos personajes casi siempre fueron bien recibidos en los pueblos y casas que llegaron a fumigar. Cuando las puertas les fueron cerradas –como en el documental *Cruzada heroica* que analizaré más adelante– queda de manifiesto que el contagio de la enfermedad se haría cargo de recordarle al afectado su negligencia e irresponsabilidad por haber negado la entrada a su casa al *rociador*.³⁶

Nuestro siguiente intermediario sanitario saltó a escena en julio de 1960, a unos cuantos meses de que iniciara la tercera fase de la campaña, llamada de “vigilancia epidemiológica”. El boletín chiapaneco *El Chamula* anunció que se creaba el “cargo honorífico” de *notificante* a quien, al decir de Marcos Cueto, también se llamó Auxiliar Honorario de Educación Higiénica.³⁷ ¿Quiénes estaban aptos para ocupar ese cargo? ¿Qué requerimientos debía cumplir y, sobre todo, qué cualidades personales tenía? Según un editorial de *La Capulina* (Boletín zona XIV del sureste), había que investigar lo más posible sobre su persona, su capacidad de trabajo, cuánta disposición mostraba al aceptar el cargo y, sobre todo, qué tan querido era en la comunidad. Su estrecha convivencia con la gente lo ubicaba como el intermediario ideal entre la comunidad y el personal de la campaña. Su función estuvo bien definida desde el principio.

El notificante es la persona, como ya lo hemos dicho, que por razones de su permanencia en la localidad puede tomar el mayor número de muestras de

³⁵ Carta de Luis Vargas a Fred L. Soper, National Library of Medicine, fondo Fred L. Soper, caja 64.

³⁶ Esta casi idílica representación del rociador, contrasta con otros testimonios elaborados por sanitarios, médicos y antropólogos que convivieron con ellos. El testimonio de la antropóloga Isabell Kelly es uno de los más críticos al respecto. Sus testimonios están en AHSSA, fondo CNEP.

³⁷ Cueto, 2005, p. 546.

sangre de los enfermos con fiebre y poder asegurar así, sobre hechos verdaderos y sólidamente establecidos, la auténtica realidad de la erradicación de la malaria.³⁸

A partir del momento en que los *Boletines* anunciaron la aparición del cargo de notificante, la consigna en sus secciones fue canalizar a los habitantes de las comunidades con este personaje, ya fuera mediante presentaciones públicas, a través de los grupos de acción educativa o en las visitas domiciliarias (casa por casa). En *spots* de radio se invitaba a que lo visitaran. Incluso *El Tarasco*, boletín de la zona x de Morelia, Michoacán, dedicó su portada de septiembre de 1960 a esta figura y la tituló *El notificante: ciudadano ejemplar*. El dibujo, en blanco y negro, representa al notificador como un joven fuerte, sonriente y amable que está de visita con una familia de campesinos conformada por padre, madre e hijo, y que al estilo de las representadas por Walt Disney son blancos, limpios y sonrientes. El padre de familia está sentado sobre una caja de cartón que dice “jabón”, lo que hace suponer que se trata de una familia plenamente identificada con la limpieza, y los hábitos higiénicos ya forman parte de su vida cotidiana. El notificador trae consigo su estuche con el instrumental necesario para tomar muestras de sangre y puede verse que está haciendo una punción en el brazo del padre de familia.³⁹

Respecto de la conducta que debían guardar en la comunidad donde trabajaban, se les ordenó que llegaran con su uniforme caqui y, acto seguido, concertaran una cita con las autoridades locales para reportarse y avisar de su llegada. También se les pedía que mostraran una actitud correcta y deferente, en modales y lenguaje, que no opinaran en asuntos ajenos y, sobre todo, que evitaran familiarizarse con mujeres del lugar. Ni qué decir sobre la prohibición de visitar cantinas o expendios de licores a fin de no propiciar comentarios desfavorables.⁴⁰

Estos dos personajes fueron de gran importancia para el funcionamiento de la campaña y, por eso, los *Boletines* exaltaron su figura. Pero, al parecer, lejos de la CNEP volvían a ser trabajadores poco valorados a quienes,

³⁸ *El Chamula*, septiembre de 1960, AHSSA, fondo SSA, sección Subsa, caja 84, exp. 3 1960-1962, CNEP.

³⁹ El dibujo está firmado con las siglas CESR sin que al cierre de esta investigación hayamos identificado al dibujante.

⁴⁰ “Conducta del empleado CNEP al llegar a la localidad”, AHSSA, fondo SSA, sección Subsa, caja 84, exp. 3, 781 fs., CNEP.

paradójicamente, a la vez que se les endiosaba, se les dejaba fuera del presupuesto para el aumento salarial de 10% que, en 1960, ofreció el presidente Adolfo López Mateos. Las quejas no se hicieron esperar:

Resulta inexplicable que a los integrantes de la CNEP, entidad que surge en la vida revolucionaria de la salubridad nacional con el propósito definido de conquistar para el pueblo el fundamental derecho a la salud, se les ha excluido del beneficio otorgado por el señor presidente de la República para los servidores del pueblo.⁴¹

EDUCACIÓN HIGIÉNICA PARA LA CAMPAÑA

Cualquier programa de salud pública que carezca de proyección educativa, no es un programa de salud.⁴²

¿De qué manera se informaba a la población de los trabajos de la CNEP?, ¿cómo la hacían partícipes?, ¿qué formas de propaganda e instrumentos de educación higiénica fueron propuestos y utilizados? En general, los programas de educación higiénica y la forma como se implementaron guardan similitudes; sin embargo, una diferencia incuestionable fueron los métodos adoptados para cada campaña, así como los contenidos de la propaganda. Para la campaña que aquí nos ocupa, la Comisión Nacional de Erradicación creó una oficina especial de Educación Higiénica, dedicada exclusivamente a difundir los avances de la campaña y a dar a conocer entre la población los trabajos que realizaba. Desde 1956, la Secretaría de Educación Pública firmó un acuerdo con la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que ésta instruyera a los maestros sobre la mejor forma de asesorar a los estudiantes y sus familias.

En 1960, el director de Información, Publicidad y Educación Higiénica de la CNEP era Segundo Braña Blanco, quien en su artículo “El Programa de Educación Higiénica” ofreció pormenores de la estrategia de educación para la campaña y confirmó que su objetivo era lograr la activa participación de la población y de actores claves, como médicos, maestros, sanitaristas, sacerdotes, periodistas.⁴³ El plan de educación tuvo como base informar los porme-

⁴¹ *El Chamula*, octubre de 1960.

⁴² Braña Blanco, 1960, p. 27.

⁴³ Braña Blanco, 1960, p. 28.

nores de la campaña a través de las siguientes interrogantes que tomaban en cuenta a quien recibía la propaganda: ¿a quién va dirigido, qué información necesita y cómo la transmitimos?⁴⁴ Además de los boletines regionales, se imprimieron miles de carteles ilustrados que se colocaron en cuanta pared y barda hubo disponible y se distribuyeron entre la población.



Fotografía 25. Acervo Dirección de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.



Fotografía 26. Colección particular de Mauricio Hernández Ávila.

⁴⁴ Braña Blanco, 1960, p. 28

Generalmente, estuvieron colmados de frases alusivas a la necesidad de forjar una *patria* sana y trabajadora que estuviera liberada del paludismo. Con consignas como ésta se apelaba a los sentimientos nacionalistas, y la propaganda antipalúdica convirtió en *patriota* a todo aquel mexicano que abrió las puertas de su casa a los rociadores. Las ilustraciones también estuvieron acompañadas de frases alusivas a la guerra y a la necesidad de aniquilar al enemigo. La difusión por radio, televisión y prensa estuvo su-peditada a la información que la propia Comisión enviaba a estos medios.⁴⁵ Mención aparte merece el apoyo que la CNEP encontró en el cine para hacer visibles sus actividades. De esto hablaré en el siguiente apartado, pero antes presentaré un balance de la producción cinematográfica dedicada específicamente al combate del paludismo. Esto nos lleva a remontarnos a los cortometrajes que fueron elaborados en otros países, entre los cuales, nuevamente, los estadounidenses llevaron la batuta.⁴⁶

CINE ANTIPALÚDICO

El Departamento de Salud de Estados Unidos produjo, en 1924, el cortometraje silente *How the Mosquito spreads disease*, cuyo interés era mostrar los avances científicos del proceso evolutivo del *anopheles*. En este corto predominan las tomas de microscopio, acompañadas con explicaciones biológicas y científicas sobre el ciclo reproductivo del insecto y la manera de evitar la enfermedad tomando quinina.⁴⁷ Este tipo de cortometraje se integra al rubro denominado por Linda Cartwright como *cine científico* y se caracteriza porque la reproducción de tomas de laboratorio impactaba visualmente al

⁴⁵ Marcos Cueto analiza el contenido de los carteles producidos para esta campaña y menciona con detalle los contenidos de los boletines. Véase Cueto, 2007b, pp. 100-111.

⁴⁶ En la Sección Motion Pictures de la Biblioteca del Congreso (Washington), se encuentran cortometrajes de diferente procedencia y manufactura. Además de filmes estadounidenses existen documentales italianos, árabes y japoneses, que son representativos de casos locales para combatir el paludismo. De algunos de estos documentales hablaremos en las siguientes páginas.

⁴⁷ De su producción participó Bray Productions Inc. Forma parte de la serie estadounidense *Science of Life* que también incluyó cortometrajes sobre educación sexual y biología del cuerpo humano. Una copia se encuentra en los National Archives and Records Administration (NARA), en College Park, Washington. Esta serie incluye por lo menos cuatro cortometrajes más, cuyos temas son consejos de higiene para hombres y mujeres y la suciedad de las moscas como portadoras de enfermedades.

espectador por su crudeza, realismo y falta de atractivo estético. Sin duda, afirma esta autora, estos cortometrajes facilitaban a los médicos y sanitaristas la comprensión de los procesos biológicos de las enfermedades.⁴⁸

Otro ejemplo es la película silente *Malaria*, producida en 1925 por la Fundación Rockefeller.⁴⁹ Gracias a la reconstrucción de fotogramas realizada por Marianne Fedunkiwe sabemos que el cortometraje se dividió en tres partes. La primera muestra un mapamundi que señala el alcance geográfico de la enfermedad y los síntomas de la persona contagiada de paludismo; destaca las repercusiones físicas, laborales y económicas que afectaban al enfermo, porque quedaba impedido para trabajar. La segunda parte tuvo un enfoque más científico e ilustró el proceso de reproducción del mosquito *anopheles* y su ciclo como agente transmisor. Finalmente, el tercer segmento mostraba las técnicas de ingeniería sanitaria y el tratamiento preventivo y médico para los humanos.⁵⁰ *Malaria* fue un cortometraje que sirvió para reforzar los trabajos antilarvarios y mostrar la dedicación de los médicos, sanitaristas e ingenieros sanitarios que encabezaron las campañas antipalúdicas. Asimismo, transmitió al espectador la esperanza de que un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento con quinina podrían salvarlo de la enfermedad. Aún no se menciona la palabra “erradicación” ni se presenta a los insecticidas químicos como la solución antimalaria.

Para la década de los veinte he identificado estos dos cortometrajes estadounidenses que no ofrecen variables temáticas porque su trama se concentró en tres temas claves: 1) la biología del insecto portador; 2) los procesos de ingeniería sanitaria (prácticas antilarvarias), y 3) el tratamiento médico-curativo con quinina. Los médicos y agentes sanitarios fueron los actores protagónicos porque curaban y proveían de quinina a la población. Visto así, ambos cortos son un manual visual de procedimientos técnicos y biológicos que, sin mayores pretensiones estéticas, cumplen su función didáctica y preventiva.

⁴⁸ Cartwright, 1995, p. 5.

⁴⁹ No existe copia de esta película que fue planeada desde 1922. Marianne Fedunkiwe tuvo acceso a algunas fotografías que se encuentran en el Archivo de la Fundación Rockefeller y las publicó en su artículo “Malaria Films: Motion Picture as a Public Health Tool”, 2003. Otro artículo es Fedunkiwe, 2005, “The Rockefeller Foundation’s 1925 Malaria Film”.

⁵⁰ Dragar aguas estancadas, limpiar maleza, entubar el agua y tapan los aljibes. Combatir las larvas del agente transmisor (*anopheles*) con rociado de Verde de París, aceite y peces larvicidas. Cubrirse el cuerpo, el rostro, utilizar repelente, proteger las casas con mosquiteros y por supuesto tomar la quinina.

Para la siguiente década (1930) identifiqué un documental japonés que incluí aquí por considerarlo una excepción debido al tratamiento estético que dio a este mismo tema. Se trata del cortometraje *Mararia*,⁵¹ en el que sus realizadores se esforzaron por desarrollar una escenografía atractiva visualmente y, al clásico estilo de Walt Disney, utilizaron un libro que con cada cambio de página lo hacía de escena. Presentar cinematográficamente el combate al mosquito *anopheles* se antoja un tema poco inspirador; sin embargo, este documental ofrece alternativas visuales y auditivas que ayudan a intensificar el mensaje dramático que trae consigo contraer la enfermedad. Cada vez que el mosquito entra en acción, la música da intensidad a la escena. El insecto portador es de madera finamente tallada y se le representa estático y a la expectativa. Los seres humanos vulnerables de contraer la enfermedad están representados con figurillas de barro, están articuladas y sus movimientos son pausados. Así, escena tras escena, de los largos treinta minutos que dura este cortometraje, vemos aparecer en pantalla animaciones que cumplen con su función educativa.

Otros temas, como la biología del insecto portador, los procesos de ingeniería sanitaria y el estelar de médicos y agentes sanitarios, no desaparecen de la filmografía antimalárica realizada durante los últimos años de la Segunda Guerra Mundial, el inicio de la Guerra Fría y el de la Campaña Mundial de Erradicación (1955). Estos temas pasan a un segundo plano porque los cortometrajes elaborados durante los últimos años de la Segunda Guerra Mundial y los años sesenta, cuando las campañas de erradicación del paludismo habían llegado a su fase de “erradicación”, integran nuevos elementos visuales y discursivos para explicar a los espectadores cómo combatir la enfermedad.

CINE DE LA ERRADICACIÓN

Entre 1942 y 1960 los filmes aumentaron y, sin perder su función educativa, transformaron su discurso pedagógico al adoptar cuatro características que me interesa destacar. Primero, la asociación del combate de la enfermedad con la idea de una guerra sin tregua, donde los militares que luchan en el frente se convirtieron en los *soldados de la salud*. Se crearon

⁵¹ Fuji Studio, Shochiku, b.n., 1938, 30 minutos. Una copia de *Mararia* se encuentra en los NARA, en College Park, Washington.

representaciones que los mostraban sustituyendo sus rifles por aspersores para combatir a un nuevo enemigo: el paludismo. Segundo, la feminización (en pantalla) del mosquito transmisor al que empezó a llamarse “la mosquita *anopheles*”, convirtiéndola casi en estrella de cine. Tercero, la representación de acciones negligentes como causales del contagio; es decir, estos nuevos cortometrajes ya no son condescendientes con los individuos que ignoraban las formas de prevención. Cuarto, la transformación en el proceso de combate a la enfermedad y su manera de representarlo cinematográficamente; esto es, quedaron en segundo plano las prácticas antilarias pues la *erradicación* con insecticidas era la opción del momento.

Pasemos a analizar el primer punto sobre el cual tenemos una serie de conceptos que predominaron en boca de los locutores narradores de los documentales o de los personajes que actuaron. Frases como “guerra sin tregua”, “acabemos con el enemigo”, “you got to enter to the fight”, entre otras, se repitieron una y otra vez en los cortometrajes. Roger Cooter, en un intento por analizar el uso de un lenguaje de guerra en el contexto de las campañas sanitarias, reconoce que el estudio de la asociación guerra-epidemias se ha enfocado más en el análisis de la relación causa-efecto entre ambos fenómenos sociales que en el léxico inherente en ambos.⁵² Por su parte, Marcos Cueto asocia el contexto de la Guerra Fría con la decisión tomada por las instituciones sanitarias al comparar la enfermedad con el comunismo, y a los operadores de las campañas de erradicación con los héroes que tenían un rostro definido y un comportamiento ejemplar. Este autor sostiene que se creó una simbiosis entre la ideología estadounidense en torno de la Guerra Fría y las instituciones de salud, que produjeron una serie de códigos y eufemismos para referirse a la enfermedad y su combate. Por ejemplo, los términos “liberación”, “guerra”, “cruzada”, “oportunidad de oro” y “perfección” aparecieron en la jerga sanitaria de la época.⁵³ Si bien en los carteles de propaganda producidos para la campaña mexicana aparece este recurso alusivo a la guerra, en los documentales que analizaremos más adelante encontramos a los principales portavoces de este discurso.

⁵² Cooter, 2003, pp. 283-302. Claudia Agostoni identifica que desde finales del siglo XIX los programas estatales de salud en México adquirieron un “lenguaje eminentemente bélico”, presente en frases como “guerra a los microbios” “combate a la enfermedad” etcétera. Para la década de 1920 esta autora atribuye el uso de “metáforas bélicas” al proceso de reconfiguración y reconstrucción del país que apeló a la idea de una “dictadura sanitaria” y a la necesidad de librar una guerra contra la enfermedad. Véase Agostoni, 2007b.

⁵³ Cueto, 2007b, p. 17.

Respecto de la feminización del agente transmisor de la malaria, nos encontramos con la aparición en escena de la mosquita *anopheles*, a quien se compara en algunos documentales con el “enemigo público número 1”, incluso más temida que las tropas japonesas o alemanas. Así se exhibe en un cortometraje del Departamento estadounidense de Guerra titulado *Official Training* (1944), que inicia con la misógina frase: “Look at her... and laugh! This is your enemy... don't forget it!” o “she is a killer, she carries and spreads malaria”.⁵⁴ Con esta advertencia, la siguiente recomendación para los soldados fue que aprendieran a defenderse de “ella” para después enfrentar valientemente a los enemigos. En estas frases subyace una intención discriminatoria que también se hizo evidente en el cortometraje de Walt Disney, *The Winged Scourge*, en el cual los siete enanos de Blancanieves, encarnando al ejército salvador, descalificaban constantemente a la mosquita *anopheles*.

La tercera característica que me interesa destacar es cómo representaron en pantalla la conducta negligente de los potenciales enfermos. En el cortometraje *Official Training* el entrenamiento de los soldados estadounidenses se realizó en alguna isla del Pacífico sur, y en sus cursos de educación higiénica y sanitaria se les reiteraban los casos de compañeros en el campo de batalla que no acataban las recomendaciones de sus superiores. Por ejemplo, hay una escena que muestra cuando un soldado, mientras piloteaba un avión, pierde el control de la nave, choca contra unas ramas y se estrella en un peñasco; por si fuera poco, el avión se incendia y el tripulante apenas puede salir vivo. De esta escena, al estilo de las películas de James Bond, el soldado sí se salva, pero no lo hará del paludismo, que finalmente lo matará con sus altas fiebres, y eso porque, herido y maltrecho, camina hacia el campamento y, para quitar peso a su mochila, irresponsablemente tira al piso sus medicamentos y ungüentos para repeler al mosquito. A esta acción le llaman negligencia o *danger of laxity*. Su consecuencia: la muerte.⁵⁵

⁵⁴ “¡Mírala... y riete! Esta es tú enemiga, ¡no lo olvides!” “Ella es una asesina... ella porta y contagia la malaria”. El documental *Official Training Film* (1944) fue realizado por la sección Motion Pictures de la Unit Army Air Forces, B/N, 16 mm. Una copia se encuentra en los NARA. Por su parte, Marianne Fedunkiw ofrece la reseña del cortometraje británico titulado *Borne on two wings* (1945) cuya historia se desarrolla en “Mangolandia”, donde vive la mosquita Noffie the Skita cuya hija Anophelina “a beautiful blond herself” se dedica a contagiar la malaria. Véase Fedunkiw, 2003, p. 1049.

⁵⁵ *Official Training Film* (1944). En este documental también vemos a los soldados enfermos que se encuentran hospitalizados y bajo tratamiento. Estas escenas reiteran que la negligencia e irresponsabilidad de los soldados propició su contagio de la enfermedad.

En el mismo tenor se encuentra el cortometraje, en dibujos animados, *Private Snafu versus Malaria Mike*,⁵⁶ en el que el protagonista, llamado Snafu, encarna a un soldado irreverente que hace caso omiso de las recomendaciones preventivas que recibe en el campamento. Momentáneamente se salva del piquete de *Malaria Mike* —aquí representado por un mosquito macho y no hembra— que está desesperado por picarlo. Las pericias de uno y otro rayan en lo cómico, porque la insolencia de Snafu está acompañada de la mala suerte de *Malaria Mike*, quien casi siempre falla a la hora de atacar. Una escena, por demás ilustrativa porque su riqueza visual ayuda a exagerar las negativas consecuencias de la malaria, es cuando en un nuevo intento del mosquito por picar a su presa se pasa de largo y clava su aguijón en un árbol frondoso que, de inmediato, se seca y muere. Cuando finalmente *Malaria Mike* logra su objetivo de picar a Snafu y matarlo, aparece en escena su espíritu que lamenta no haber sido obediente ni haber valorado que el ejército de su país le había suministrado todo lo necesario para no enfermarse: “Wish I used them!” es la última frase que Snafu pronunció.

Si bien en los dos cortometrajes son los soldados quienes deben educarse, también tenemos aquellos cortos que los hicieron debutar como los “salvadores de la salud”. Esta representación los puso en varios casos por encima de los oficiales sanitarios y los médicos, a quienes, paradójicamente, se buscaba consolidar como los verdaderos salvadores de la salud.⁵⁷ En este sentido, al presentarse en pantalla a una figura fuerte pero tan efímera

⁵⁶ *Private Snafu against Malaria* (1944). Producida por Chuck Jones. Dibujos animados, color, 5 min. Se encuentra en la compilación filmográfica de “The complete uncensored Private Snafu Cartoons from WWII”. Una copia se encuentra en la sección Motion Pictures de la Biblioteca del Congreso (Washington).

⁵⁷ Esta diferencia es perceptible después de ver el cortometraje titulado *Malaria* (1944) producida por US Public Health Service. Escrita por Oscar Saul con fotografía de Keneth C. Marthey, 10 min, B/N, 16 mm. Su trama gira en torno de una familia de granjeros afectados por el paludismo. En este documental, el papel del *health officer* es fundamental porque en su persona recae la responsabilidad de asesorar a los enfermos y prevenir a los sanos de contraer la enfermedad. Para el caso estadounidense, encontramos en la revista *Health Officers. New Digest*, publicada por el Consejo de Salud Pública de Nueva York a inicios de los años cuarenta, la fuente para recrear el trabajo del oficial sanitario. En esta revista se explica al lector cuál era el beneficio de establecer contacto con los sanitarios. Por supuesto que se mencionan películas sobre higiene que fueron utilizados por estos personajes en sus campañas de higiene. Ejemplares de esta revista se encuentran en la biblioteca de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Berkeley, California.

como la del soldado combatiente, que al final de la batalla se retira o muere, muchos de estos cortometrajes convocaron con mayor énfasis al trabajo colectivo, y advirtieron al espectador que era su responsabilidad acatar las instrucciones y aprovechar las facilidades que les ofrecían las autoridades sanitarias, incluidos los soldados.

Por último, la cuarta característica distintiva de la filmografía de este periodo es que se comenzó a difundir el concepto “erradicación” para integrar a la población a una nueva forma de entender las campañas contra la malaria. Apareció en escena el DDT y su uso consolidó la imagen del soldado salvador, ahora fortalecida con el invento tecnológico vendido como el más “benévolo y efectivo” para aniquilar al mosquito *anopheles*. A partir de 1950, varios cortometrajes se centraron en documentar los trabajos en países que llevaron a cabo campañas antipalúdicas utilizando químicos. Quizá el filme pionero en mostrar el trabajo de las campañas con DDT es *Adventure in Sardinia*, que data de 1950, realizado en la isla italiana de Sardinia, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, instalada allí desde 1946.⁵⁸ En este cortometraje vemos cómo opera la campaña desde el momento en que los médicos y sanitaristas asignados llegaron a la isla para reconocer la zona y conocer a la población. En este caso, los soldados quedaron fuera de escena porque nuevamente el equipo médico tomó el control en la guerra contra el paludismo. El DDT como alternativa para la erradicación salta a escena y junto con los rociadores, que casi tenían ganado el estelar, compiten por el protagónico.

Sin duda, los elementos de análisis mencionados hasta aquí pueden integrarse a la filmografía mexicana producida durante estas décadas. En *Guerra al paludismo*, de Walter Reuter; *Cruzada heroica*, de Francisco del Villar, y *Erradicación del paludismo en México*, de la SSA, encontramos un esquema similar que retoma algunos aspectos identificados en la filmografía citada y que agrega el toque nacionalista exacerbado con el discurso triunfalista del México de inicios de la década de 1960.

⁵⁸ *Adventure in Sardinia*, 1950, B/N, 20 minutos. Voz de Narrador en *off*. Producida por Pathé documentary en asociación con Nucleus Film Unit. Producida y dirigida por Peter Baylis, Jack Chambers, Arthur Elton. La microfotografía es de Percy Smith y Sydney Beadle. Musical Score: Thomas Henderson; Sard music by courtesy of Radio Sardegna. Una copia se encuentra en los NARA.

UNA MUESTRA DE CINE MEXICANO

Previo a la filmación de los tres documentales centrales de este capítulo se exhibió en México la película *María Candelaria*,⁵⁹ ambientada en el Xochimilco de 1909. Uno de sus ejes argumentales se centra en la representación del contagio del paludismo, sus consecuencias y formas para combatirlo, y a lo largo de la película es identificable en dos momentos. Primero, se muestra que los habitantes del pueblo conocían el efecto curativo de la quinina y que los agentes sanitarios distribuían puntualmente la dotación de medicamento, así que hablamos de la representación de instituciones gubernamentales responsables y de una población instruida en las formas de prevención.⁶⁰ Segundo, la historia de María Candelaria enferma confronta al honorable médico de formación científica con la curandera del pueblo. Afortunadamente para la protagonista, ambos personajes se ponen de acuerdo y la curandera le hace una *limpia* con sus hierbas medicinales para dar paso al médico, quien le da su pastilla de quinina.⁶¹ Con melodrama incluido, esta película se integra a ese primer grupo de filmes propuesto por Marianne Fedunkiw, ya que los motivos mencionados fomentan la medicación con quinina y exaltan el trabajo de los sanitaristas y el médico.

Al igual que las temáticas desarrolladas en el grupo que hemos llamado de la *erradicación*, la filmografía mexicana promovida por la SSA a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta se enfocó en mostrar al público el desempeño de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo. Los cortometrajes *Guerra al paludismo*, *Cruzada heroica y Erradicación del paludismo en México*, cuyos dos primeros títulos llevan en principio una connotación bélica y triunfalista, fueron un instrumento de propaganda claramente oficial y nacionalista.

Estos documentales exponen dos sentimientos que, a decir de Fabregat Cúneo, son elementos incondicionales de la propaganda: el temor y la

⁵⁹ *María Candelaria* (1944), dirigida por Emilio *el Indio* Fernández con fotografía de Gabriel Figueroa. Estelarizada por Dolores del Río y Pedro Armendáriz.

⁶⁰ Una de las primeras escenas de la película muestra que los sanitaristas llegan al pueblo a distribuir la dotación correspondiente de quinina y la dejan en manos del dueño de la tienda, quien llama a los indígenas a que formen una fila para entregarles sus correspondientes pastillas.

⁶¹ Esta escena muestra que era posible integrar ambas prácticas, la tradicional con la científica.

esperanza.⁶² En este caso, el drama que trae consigo el contagio del paludismo produce temor en la población porque existe la amenaza de muerte. A cambio, el Estado les ofrece una promesa: devolverles la esperanza de mejores condiciones de vida y salud a través de las medidas tomadas por las autoridades sanitarias y la Campaña Nacional de Erradicación.

Walter Reuter y su combate al paludismo

Walter Reuter llegó a la Ciudad de México, procedente del puerto de Veracruz, en 1942. Desde entonces inició su trabajo de fotógrafo, primero retratando a la comunidad judía que vivía en la ciudad y después como colaborador de periódicos y revistas. Su labor como fotoreportero la desempeñó en las revistas *Hoy*, *Nosotros* y *Siempre*.⁶³ El trabajo fotográfico de Reuter encontró en los grupos indígenas mexicanos su principal inspiración y sus series fotográficas sobre los triquis, lacandones, tarahumaras y mixes constituyen un importante corpus de imágenes para la historia indígena mexicana del siglo xx. También colaboró con la Comisión Federal de Electricidad y fotografió parte de los trabajos de electrificación del estado de Oaxaca.⁶⁴

La trayectoria filmográfica de este fotógrafo se inició en los años cincuenta con la elaboración de documentales de contenido social que denunciaron situaciones precarias y de explotación de algunos grupos sociales mexicanos. En 1950 realizó el documental *Tierra de chicle*, en el cual dio a conocer las condiciones de trabajo de los chicleros de la selva de Chiapas; también el documental *El Botas*, que denuncia las condiciones de vida de los niños huérfanos que vivían ilegalmente en el muelle del puerto de Veracruz.

La vinculación de Walter Reuter con temas relacionados con los servicios de salud en el país fue a través de su participación como fotógrafo

⁶² Fabregat Cúneo, 1961, pp. 184-185.

⁶³ El Centro de la Imagen editó el disco compacto que reúne las fotografías de Walter Reuter publicadas en estas revistas.

⁶⁴ Walter Reuter falleció el 21 de marzo de 2005 en Cuernavaca, Morelos. Es considerado el introductor en México del concepto de *periodismo gráfico moderno* y las miles de fotografías y cortometrajes que se conservaban en su archivo personal están en proceso de catalogación. Sin duda, esto ayudará a completar la biografía, aún por escribirse, de tan prolífico artista.

del documental *La brecha* (1952).⁶⁵ A decir del propio Reuter, le preocupaba la falta de médicos experimentados en las regiones más olvidadas del país, por lo que accedió de inmediato a la petición que le hizo un grupo de médicos asociados a la revista *Cuadernos Médicos* para hacer un documental sobre este problema.⁶⁶ En *La brecha* se presentan las condiciones de vida y salud de una comunidad indígena de la sierra de Oaxaca, donde la falta de médicos promovía las prácticas de los curanderos como la única forma de atención para la población. El personaje central es el niño Juan, enfermo de paludismo, y a quien las *limpias* de los curanderos no sanarán porque lo que se necesita es la atención de médicos profesionistas de los cuales carece la comunidad. Una vez que el médico aparece en escena, se muestran las dificultades que enfrentaba para llegar a los pueblos más alejados de la Ciudad de México para atender a los enfermos, porque la falta de caminos y de transporte hacía más difícil su traslado. El médico que vemos en pantalla avanza lentamente, montando en su caballo y cargando su botiquín de madera en el que resalta la palabra quinina. Cuando finalmente se encuentra con Juan, a quien las altas fiebres producidas por la enfermedad lo tienen al borde de la muerte, le inyecta una dosis de quinina, cuyo efecto trae consigo la recuperación del niño enfermo.

Este documental, además de evidenciar la inexistencia de servicios de atención médica en las comunidades indígenas, toca un punto tangencial en la historia de la salud pública en México que destacó de la versión dramatizada de *María Candalaria*: la negociación que debía promover el médico con la curandera para matizar el choque cultural producido por las tradiciones indígenas, fuertemente arraigadas en las comunidades campesinas, y sus propias formas para curar la enfermedad. Anteponer los métodos científicos a los tradicionales era uno de los retos de los programas de higiene y salud, que requerían de una base educativa y de atención médica sólida que resolviera el problema de lo que Aguirre Beltrán definió como

⁶⁵ Dirección de José Barbachano, guión del doctor Jaime Cerdeña y Alexis Olmos. Producción de Rubén Loera y la Industria Nacional Químico Farmacéutica (*Cuadernos Médicos*). En la elaboración de este documental colaboró el entonces Instituto Nacional Indigenista. Copias de este documental se encuentran en el acervo cinematográfico de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas y en la Filmoteca Nacional de la UNAM.

⁶⁶ Walter Reuter en “Carta a Pepe” y “Más allá donde la brujería reina. Walter Reuter un misionero de este siglo lleva a la pantalla un México estrujante”, *Nosotros*, núm. 78, 22 de diciembre de 1954, pp. 28-33.

situación intercultural. Entonces, los programas de salud debían considerar los factores sociales y culturales –y no sólo los médico-sanitarios– para tener eficacia en grupos de población de cultura heterogénea.⁶⁷

La brecha también pone de manifiesto la movilización de médicos hacia las comunidades indígenas y campesinas, que fue promovida con mayor interés a partir de 1936, con la implementación del servicio social de seis meses para que los estudiantes de la facultad de Medicina de la UNAM obtuvieran su título profesional, así como por programas más definidos de atención médica a las comunidades rurales. Al respecto, el propio Reuter declaró que la idea fundamental de este filme fue animar a los jóvenes médicos, recién graduados de la Universidad, a trabajar fuera de la capital:

Para que salgan a socorrer a estos pueblos olvidados, prestando sus servicios para el saneamiento del pueblo de nuestro México en lugar de quedarse aquí donde sobran los médicos a tal grado que muchos de ellos se ven obligados a trabajar vendiendo medicinas como agentes de laboratorio y algunos hasta se tienen que dedicar a la venta de pólizas y seguros.⁶⁸

Este documental critica los insuficientes y precarios servicios de salud que ofrecían las instituciones de salud, sobre todo a las comunidades indígenas del país, porque denuncia la falta de infraestructura, tecnología y personal capacitado para atender a los enfermos. También pone en la mesa de discusión la centralización del ejercicio de la medicina en la ciudad y la negativa de los jóvenes médicos a viajar al interior del país, así como la proliferación de una industria farmacéutica, que ofrecía trabajo a los recién egresados de la facultad de medicina en una práctica desleal para el ejercicio médico pero que favorecía el interés de las empresas para distribuir sus productos.

La participación de Walter Reuter en *La brecha* fue un antecedente para su trayectoria como director de documentales relacionados con el tema de la salud; tal fue el caso de *Guerra al paludismo* y una segunda participación como fotógrafo en el documental *Redes blancas*.⁶⁹ Del fotógrafo

⁶⁷ Véase Aguirre Beltrán, 1980, pp. 7-26.

⁶⁸ Reuter, "Carta a Pepe", *op. cit.*, p. 29.

⁶⁹ En el acervo filmográfico de la SSA existe el documental *Redes Blancas* (1959) en el que Reuter fue el fotógrafo. Este cortometraje se desarrolla en una comunidad de pescadores de Guerrero y trata el combate a la tuberculosis. Director: Fernando Hernández

de *La brecha* al director de *Guerra al paludismo* encontramos una enorme “brecha”. En el primer cortometraje, Reuter encontró el espacio para denunciar los precarios servicios de salud en las comunidades indígenas y hacer pública su preocupación por las dificultades laborales que enfrentaban los médicos recién egresados de la universidad, a quienes conminó a salir a las comunidades y negarse a trabajar para los laboratorios médicos. En el segundo cortometraje, el Reuter director se concretó únicamente a recrear filmográficamente los trabajos del Estado mexicano, a través de la SSA y la CNEP, en materia de combate al paludismo.

La erradicación a la mexicana

Inmerso en el discurso bélico del momento y para introducir el combate al paludismo en México como parte de una lucha intensa del hombre contra la enfermedad, Walter Reuter estableció una analogía con la guerra y su efecto devastador para la humanidad. En *Guerra al paludismo* representa a la enfermedad como el mal que hay que eliminar, con una declaratoria de guerra cuya finalidad no es matar hombres, sino salvar vidas humanas. Las imágenes se acompañan de la voz de un narrador en *off*, cuyo discurso denota un exagerado tono bélico que convierte a la campaña en la representación del Estado benefactor que, en materia de salud pública, no daba ni daría tregua a la batalla contra la enfermedad:

La guerra que México ha declarado es para salvar al hombre de la muerte, es la guerra contra el paludismo en la cual los soldados son distintos, luchan no para matar sino para salvar a sus semejantes. Esta es la guerra contra el mal y la insalubridad, es la guerra que trata de rescatar vidas humanas. Es la guerra que se libra para salvar a la niñez mexicana de las acechanzas del paludismo, del mosquito que inyecta el veneno de la enfermedad. La muerte debe dejar de ser la estera del paludismo.⁷⁰

Bravo, guión: Alejandro Verbisnky, fotografía: Walter Reuter, supervisión: Agustín Barrios Gómez, edición: Fernando Uribe Jacome, texto: Felipe Morales, sonido: Rodolfo Quintero, voz: Ignacio Santibáñez, títulos diálogos: Nicolás Rueda, corto supervisión: Juan Oro, musicalizado por Rivatón de América. Hecho en México por Ultrascope.

⁷⁰ Fragmento de la narración del documental.



Fotografía 27. Revista *Hoy*.

Los acontecimientos se suceden en el México moderno al que aspiraban los gobiernos posrevolucionarios. Éste cobra vida a través de las imágenes que muestran los avances científicos para combatir el paludismo y el despliegue humano y material para erradicarlo. La primera imagen del filme presenta a dos soldados, quienes, rifle en mano, caminan de frente a la cámara. Con una sobreposición de imágenes, los militares se convierten en rociadores que visten la indumentaria para realizar trabajos de fumigación (overol color caqui plastificado, botas, guantes y una mascarilla que les cubre el rostro). En lugar de rifles sostienen los aspersores de los tanques-mochila cargados con DDT, simbolizando así el inicio de la Campaña Nacional de Erradicación.

Una secuencia de imágenes recrea el entorno social de los personajes más vulnerables al contagio. Ya que el paludismo se ha definido como una enfermedad rural, hombres y niños del campo son los primeros afectados,⁷¹ y por eso se muestran los efectos mortales de la enfermedad en escenas dramáticas en las que un campesino palúdico, al arar la tierra, se desploma y cae muerto.

⁷¹ José Ángel Ceniceros se refiere al paludismo como un padecimiento eminentemente rural que afecta directamente el desarrollo y productividad de los campesinos. “El hombre prefiere cultivar tierras menos fértiles antes de tratar de resistir la enfermedad”. Véase Ceniceros, 1935, p. 39.

Identificados los personajes con mayor riesgo de contraer la enfermedad, el director muestra las dificultades que debían superar los agentes sanitarios y los médicos para llegar a las regiones afectadas por el paludismo, sobre todo a aquellas comunidades rurales alejadas de la ciudad. La falta de caminos y transporte adecuado son los primeros obstáculos; después, el desconocimiento de los campesinos de los recursos médicos para salvarlos de la enfermedad y, peor aún, de la propia campaña. Ya lo manifestaba el médico José S. Villalobos, quien en su informe de trabajo expuso que había sido visitado por agentes rociadores que le pidieron ayuda para que le explicara a los campesinos la importancia de marcar sus casas con las siglas de la campaña antipalúdica, “ya que en bastantes ocasiones habían encontrado oposición absoluta e inclusive, armas en mano, los habían hecho regresar sin cumplir su cometido”.⁷² Pero, en otras, y así lo representa Reuter, su llegada a las comunidades era un acontecimiento festivo porque significaba que curarían a los enfermos con tan sólo poner en sus bocas una pastilla de quinina:

Los combatientes disciplinados de la salubridad del pueblo avanzan por las sierras y por los valles, abren a machetes la selva y llegan a los rincones más aislados de la patria como adelantados a una cruzada que tiene como meta expulsar de México el paludismo. Estos hombres son misioneros de la salud, llegan a las chozas humildes y depositan como en comunión con la ciencia, ¡la pastilla salvadora!⁷³

Hasta aquí el documental ha representado cuál era la situación social y económica de quienes padecían la enfermedad, y cuáles las medidas empleadas por los médicos y agentes sanitarios para combatirla. Podemos considerarlo como un marco introductorio a las acciones que habría de emprender la Campaña Nacional de Erradicación para dar paso a la segunda parte, dedicada a mostrar la movilización del personal comisionado para hacer los trabajos de rociado con DDT en las casas particulares; el médico y los agentes sanitarios son suplantados por los rociadores. También nos muestra que las dificultades de traslado a las zonas afectadas por la enfermedad —evidentes en *La brecha*— quedaron resueltas, porque el despliegue

⁷² “Síntesis del trabajo realizado durante 1956-1959 en la región del Cañón de Juchipila (Zacatecas)”, AHSS, fondo SSA, Secretaría Particular, caja 51, exp. 1, s.f.

⁷³ Fragmento de la narración.

de medios de transporte como autos, aviones y barcos que trasladaron al equipo humano y material evidenciaba una pujante industria que facilitaba el trabajo colectivo para abarcar en su totalidad las regiones palúdicas del país. En 1956 se contabilizaron 2312 rociadores organizados en 539 brigadas, se prepararon 633 vehículos (jeeps, camionetas, aviones, botes) y 2000 caballos y mulas.⁷⁴ Otro aspecto visible es la manera como los rociadores preparaban los tanques con insecticida para fumigar cada rincón de las casas. Finalmente, se observa la acción que coronaba el esfuerzo realizado: plasmar en los muros de las casas fumigadas las siglas CNEP y el número de censo correspondiente.

Además de esta serie de imágenes que muestran la manera en que operó la campaña, ¿de qué otros elementos de propaganda se valió la CNEP para hacer del conocimiento público su puesta en marcha? y ¿de qué manera se muestra su recepción entre la población? Hay una parte del documental dedicada a promover los carteles diseñados para dar cobertura propagandística a la campaña: los vemos pegados en las paredes de edificios públicos en la Ciudad de México frente a un grupo de niños y adultos que los observan. Su contenido alude a las consecuencias funestas para quien padece la enfermedad y lleva implícito el mensaje de que el paludismo, además de producir la muerte, afecta el desarrollo social y económico del país. Con el uso de dibujos que representan a enfermos palúdicos al borde de la muerte y frases como “Brazos útiles a México... ¡maniatados!”, “el paludismo te condena a la miseria... a la muerte” y “Guerra al paludismo”, se hace un llamado a la participación colectiva:

Gritos de guerra, carteles, anuncian el peligro. Solicitan la solidaridad porque en esta guerra de México contra el paludismo, todos tenemos una misión que cumplir, unidos, en masa tenemos una cooperación humana que ofrecer. De todos necesita la Patria pues contra cualquier peligro México sabe que a la Patria querida el cielo, un soldado en cada hijo le dio. (Entra estrofa cantada del himno nacional.)⁷⁵

⁷⁴ Cueto, 2007b, p. 94.

⁷⁵ Fragmento de la narración.



Fotografía 28. Fotograma de la película *Cruzada heroica*.
Preservada por la Filmoteca Nacional de la UNAM.

La reacción de la población involucrada con los servicios de la campaña se manifiesta en los rostros asombrados, a la vez que complacientes, de quienes observan los carteles y aún más en aquellos habitantes que ya fueron atendidos. Una escena por demás representativa es la que muestra a los habitantes de una casa recién fumigada, que despiden amablemente al rociador y aceptan a cambio un botón de propaganda con las siglas CNEP que éste les entrega. El mensaje final en este documental es que la labor de la Campaña no cederá hasta erradicar el paludismo del territorio nacional. Una caravana de jeeps de la SSA se desplaza a lo largo de un camino que se pierde en el horizonte:

El Paludismo mata, Guerra al paludismo. Porque la Patria mexicana de luces profundas que buscan en los amaneceres de cielos rojizos las rutas y bucean en las noches con faroles potentes los caminos que conducen al bienestar, ¡sabe que el triunfo es esfuerzo y el esfuerzo es Patria!⁷⁶

Empleando el léxico de la propia campaña, este documental se quedó en la segunda fase. Los autos seguirán el camino hasta alcanzar la erradicación.

⁷⁶ Fragmento de la narración.



Fotografía 29. Fotograma de la película *Cruzada heroica*.
Preservada por la Filmoteca Nacional de la UNAM.

Cruzada heroica y erradicación del paludismo en México

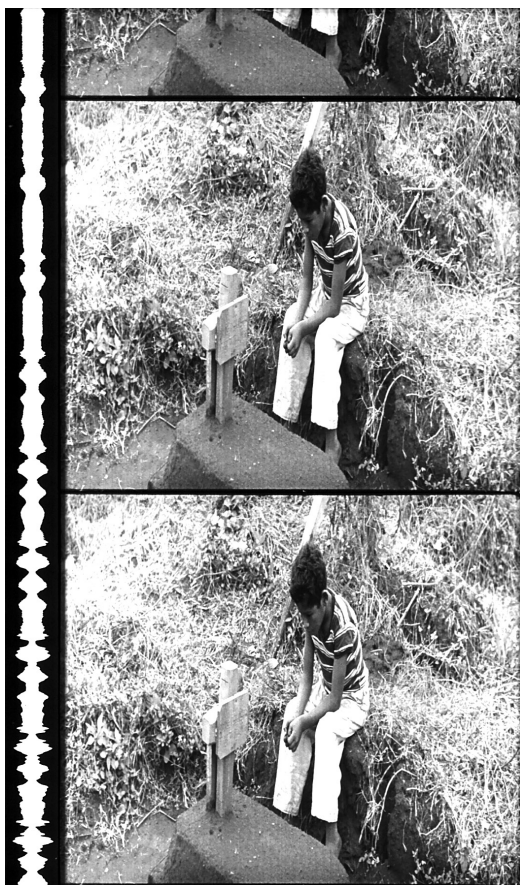
Al igual que en *Guerra al paludismo*, en *Cruzada heroica* se exaltan los trabajos de la CNEP, a sus organizadores y a los actores de enlace con la población: los rociadores y los notificantes. La relación entre ambos cortometrajes confirma que las posibilidades para representar cinematográficamente el combate al paludismo también estuvieron determinadas por las fases sanitarias dictadas por las campañas: por una parte, la medicación y la lucha antilarvaria; por la otra, la erradicación con el rociado de DDT. Por supuesto, estos dos documentales pertenecen al segundo.

El hecho de que los objetivos de ambos cortometrajes sean los mismos da luz sobre un punto importante: la ardua tarea de propaganda del Estado mexicano por hacer *visible* su esfuerzo. No olvidemos que se proclamó a México como el país piloto en el uso del DDT y, dado que esta campaña se basó en el rociado con este químico, había que poner a la vista de miles de ojos que el trabajo se realizaba eficientemente y sin contratiempos. Cuando los había, entonces era fundamental mostrar que se resolvían favorablemente.

Pese a la coincidencia temática entre una y otra película, cabe destacar algunos puntos tratados por Francisco del Villar en *Cruzada heroica*, a los que Walter Reuter restó atención: 1) la afectación al trabajo y la vida cotidiana de las personas enfermas o en riesgo de contraer la enfermedad; 2) la justificación que se hace de la campaña mediante la presentación de datos estadísticos que enumeran las repercusiones nacionales de la enfermedad, y

3) la resistencia a aceptar a los rociadores en su casa. Lo novedoso en este último punto es que quienes se resisten no son los *campesinos ignorantes* a quienes Walt Disney dirigió sus cortometrajes, sino la población de la ciudad, pudiente económicamente pero igualmente ignorante y, además, negligente.

Cruzada heroica inicia con el éxodo de campesinos que habitan en una zona palúdica. La música de ambientación producida en los estudios Rivatón de América y la voz del locutor contribuyen a acentuar “el dantesco escenario de ruina y desolación”.⁷⁷



Fotografía 30. Fotograma de la película *Cruzada heroica*.
Preservada por la Filmoteca Nacional de la UNAM.

⁷⁷ Fragmento de la narración.

Los afectados cierran sus casas y se llevan consigo sus contadas pertenencias; el rostro de la maestra de escuela denota tristeza porque la asistencia de los niños ha bajado notablemente. El pueblo empieza a quedarse solo porque sus habitantes, por escapar de la enfermedad, salen en busca de mejor suerte. El gobierno de Adolfo Ruiz Cortines y las autoridades sanitarias del momento son representadas como previsoras porque explican al espectador que la campaña había iniciado una fase previa de diagnóstico que arrojó los siguientes números: la superficie palúdica registrada era de 1 147 564 km², la población amenazada era de 17 millones de habitantes, los enfermos anuales sumaban 2 385 999 y la mortalidad anual por paludismo era de 23 859.⁷⁸ Estos registros fueron suficientes para justificar la necesidad de la campaña, por eso el resto del cortometraje muestra sus diferentes etapas.

Quizá con más detalle que el mostrado por Reuter, en *Cruzada heroica* el espectador se encuentra súbitamente en el auditorio donde se llevó a cabo la VIII Asamblea de Salud y puede ver —aunque no escuchar— a los representantes extranjeros discutiendo sobre la erradicación de la enfermedad. La cámara de Francisco del Villar también nos lleva a las oficinas de los ingenieros que están trazando los mapas que identifican las zonas palúdicas del país, al laboratorio donde las enfermeras analizan muestras de sangre y, aún más colorido, al taller de dibujo donde los diseñadores y dibujantes colorean a mano los carteles de propaganda para la campaña. Allí vemos en proceso de elaboración los carteles que Reuter mostró pegados en paredes y calles.

El tema de la resistencia está protagonizado en este cortometraje no por un campesino, sino por un habitante de la ciudad. Cuando el rociador llega a tocar a la puerta de una casa, la empleada doméstica que lo recibe se encamina al jardín en donde su patrón está leyendo el periódico. La respuesta del señor al anuncio de la visita del rociador es negarle la entrada y pedir que se retire, haciendo con su mano una seña displicente. Su negligencia no lo protegió de la enfermedad y, en la siguiente escena, aparece tendido en su cama temblando por las altas fiebres. Si no abrió la puerta a la prevención tuvo que hacerlo, de emergencia, al médico. Esta parte hace evidente que la ignorancia no fue exclusiva de las comunidades campesinas y que también en la ciudad los rociadores se enfrentaron con ella.

⁷⁸ Estadísticas que aparecen en el documental tomadas de los datos que ofrecían la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo.

El resto del cortometraje muestra, al igual que el de Reuter, la titánica labor de la SSA y la CNEP, representada por rociadores y notificadores, para combatir la enfermedad. A diferencia de *Guerra al paludismo*, que deja en suspenso los resultados de la campaña, en este documental aquellos campesinos que al inicio abandonaron sus pueblos regresan a sus casas y a trabajar sus tierras porque las zonas palúdicas son ahora sitios habitables, y vemos a “miles de los brazos morenos” protegidos por la campaña que, ya en sus casas, cambian la fisonomía del paisaje y trabajan y producen nuevamente para su país. Si retomamos los elementos de la propaganda propuestos por Fabregat Cúneo, temor y esperanza, encontramos con este inicio y su posterior desenlace que ante el temor de la desolación aparece la esperanza que ofrece el gobierno a través de la campaña de erradicación.

A *Cruzada heroica* le siguió *Erradicación del paludismo en México* (ca. 1960), que fue realizado por el Centro Audiovisual del Departamento de Educación Higiénica. Tiene una duración de treinta minutos y, a diferencia de los dos documentales anteriores, es un recuento más detallado y esquemático de la organización y desarrollo de la primera y segunda fases de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo.⁷⁹ Su propuesta es más didáctica, y visualmente hay largas escenas dedicadas a mostrar al rociador fumigando paredes, mientras la voz en *off* explica pormenores como la distancia que debía mantener entre la boca del aspersor y la superficie que rociaba, cuántas pasadas de DDT debía dar, etcétera. También se utilizaron dibujos animados para detallar cómo el mosquito picaba a las personas y las contagiaba de la enfermedad. Dedicó más tiempo que los otros a recrear las actividades que realizaban las brigadas de educación higiénica; por ejemplo, vemos a niños y adultos divirtiéndose con alguna función de teatro guiñol o frente a una pantalla de cine. Más que mostrar historias de personas que abandonaron sus pueblos por causa de la enfermedad o personas negligentes que no permitieron la entrada a los rociadores, este documental cumple su función de informar sobre las fases de la campaña.

Para completar la trilogía cinematográfica que la Secretaría de Salud y Asistencia realizó para documentar su campaña, en febrero de 1963 se anunció la tercera parte de *Cruzada heroica* y *Erradicación del paludismo*, que llevaría por título *La lucha contra el paludismo*. El autor del guión fue el doctor Noé de Jesús Cabrera y Palma, quien lo planeó como un documental de tipo narrativo dividido en tres partes: la culminación

⁷⁹ Una copia de este documental se encuentra en la Filmoteca de la UNAM.

de la fase de ataque, sus resultados y los principales acontecimientos de la fase de consolidación. El doctor Alberto Monnier Millote aprobó el guión y, para junio del año siguiente, ya se giraban instrucciones para que se fotografiaran las escenas de operación en campo.⁸⁰ No hay certeza de que se haya terminado, porque hasta el momento no ha sido posible localizar ninguna copia.

De *Cruzada heroica* y de *Erradicación del paludismo en México* se hicieron copias solicitadas por los gobiernos de Guatemala y El Salvador.⁸¹ Esto deja en evidencia la difusión que tuvo este material no sólo en México sino en el extranjero, y sobre todo el uso que hizo el gobierno mexicano para mostrar los alcances de la campaña. Esta trilogía se convirtió en el principal agente propagandístico del Estado.

Los documentales que produjo la Secretaría de Salubridad y Asistencia no buscaban explicar los cuidados necesarios para prevenir el paludismo; lo que interesó a sus patrocinadores fue mostrar los trabajos que el Estado mexicano realizaba para prevenir a la población de esta enfermedad. En estos documentales ya no es el mosquito *anopheles*, en su versión femenina o masculina, el personaje central; es el Estado que abiertamente asumió el estelar y creó su propia filmografía. En este caso, el consejo sanitario, la prevención, la idealización del médico y del agente sanitario se desdibujan del contenido de las películas para acentuar la gran movilización que significó la campaña. Organizar las brigadas, movilizarlas por todo el país, proveer de DDT a las 14 zonas palúdicas y reclutar personal suficiente, entre otras cosas, ameritaron ser filmadas para garantizar que los mexicanos de otras generaciones pudieran conocer tan espectacular dinámica en torno de una campaña.

Así, el objetivo de esta trilogía cinematográfica fue claro: enaltecer la labor del Estado y su participación en materia de salud pública para beneficio de la población. El combate al paludismo, con miras a su erradicación, sirvió de pretexto. La conjunción de las imágenes y la narración de los acontecimientos trae por resultado una representación de corte nacionalista que convoca a los mexicanos a salvar la patria del “mal que la acecha”; por lo tanto, cumple con una de las expectativas que las autoridades sa-

⁸⁰ Véase expediente que incluye copia del guión en AHSSA, fondo SSA, sección CNEP, caja 9, exp. 1, 1962-1978, 315 fs.

⁸¹ La demanda de copias llevó a que se hicieran presupuestos y se determinara que las copias había que mandarlas hacer a Estados Unidos porque en México no se podían hacer buenas copias a color que era el caso de *Cruzada Heroica*.

nitarias esperaban de la propaganda: informar de sus campañas y hacer partícipe a la población para convencerla de los benéficos servicios que ponían a su disposición. Se esperaba que con esta cobertura los efectos en favor de la población fuesen mayores que los obtenidos por las campañas sanitarias de los años treinta y cuarenta; sin embargo, este argumento no es fácil de comprobar. Aunque tenemos algunas solicitudes de copias de las películas, no sabemos a ciencia cierta cuál fue su distribución ni cuántos mexicanos las vieron. Esta investigación termina en 1960, en la segunda fase de la campaña; en este sentido, la efectividad de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo deja abiertas varias interrogantes: ¿el modelo mundial de erradicación fue válido para el contexto mexicano?, ¿los resultados alcanzados por la CNEP cumplieron con las expectativas de las autoridades sanitarias mexicanas?, ¿al buscar erradicar la enfermedad se buscó también mejorar las condiciones de vida de la población rural para que los resultados de la erradicación encontraran continuidad con la forma de vida de las personas?, ¿acaso las representaciones casi santificadas que la campaña hizo de rociadores y notificantes buscaron dejar en ambos personajes la responsabilidad absoluta del éxito o fracaso de la campaña? Las respuestas requerirán una investigación posterior que permita concluir el guión final.

CONCLUSIONES

LAS CAMPAÑAS DE salud y educación higiénica realizadas en México, entre 1925 y 1960, formaron parte de las estrategias políticas y sociales de los respectivos gobiernos, desde Plutarco Elías Calles hasta Adolfo Ruiz Cortines. Dichas estrategias estuvieron estrechamente relacionadas con la propuesta revolucionaria de “reconstrucción nacional”, que sostenía que México, para forjarse como un país moderno, necesitaba mexicanos sanos, fuertes y educados en una cultura de la prevención de enfermedades. Las campañas de salud tuvieron una impronta: impulsar la educación higiénica, cuya misión fue que la población enferma, y la que aún no lo estaba, conociera qué eran la prevención y los hábitos higiénicos; es decir, buscaba sensibilizar y persuadir, aunque también imponer, a niños, jóvenes y adultos a evitar enfermedades y a ser limpios y sanos. La educación higiénica se valió entonces de la propaganda sanitaria para traducir conceptos estrictamente médicos a un lenguaje familiar y cotidiano, convirtiéndose en un puente que vinculó la ciencia con el pueblo. Qué enseñar y cómo hacerlo fueron los retos de la educación higiénica y su propaganda. En aras de forjar una cultura de la prevención fue necesario desarrollar mecanismos de difusión (oral, visual y audiovisual) para llevar la propaganda sanitaria a la gente; por eso, las conferencias, programas radiofónicos, carteles, folletos, exposiciones y cine fueron utilizados para hacerla explícita entre la población.

Al introducirnos en el estudio de la educación higiénica y su propaganda fue indispensable identificar a sus autores intelectuales y creadores artísticos. En el primer grupo ubicamos a médicos y sanitaristas, quienes escribieron artículos, panfletos y guiones radiofónicos diseñaron cursos por correspondencia, como los elaborados para los maestros rurales con contenidos sobre la enfermedad que se esperaba prevenir o curar, además de consejos sanitarios. Los creadores artísticos fueron los dibujantes, museógrafos y cineastas que tradujeron esos contenidos a coloridos carteles o folletos, exposiciones interactivas y guiones cinematográficos que conver-

tidos en películas fueron dirigidas por directores de cine a su vez asesorados por médicos. En ellas articularon historias, con dibujos animados o personajes de carne y hueso con quienes pudiera identificarse el espectador. Todos estos colaboradores trabajaron en equipo para dar forma, voz y movimiento a cientos de personajes limpios, sucios, sanos y enfermos que dialogaron entre sí para transmitir múltiples mensajes a los receptores.

Analizar los programas de educación higiénica y hacer inteligibles los contenidos implícitos y explícitos, de la propaganda sanitaria, requirió también del estudio del contexto social, cultural y sanitario a través del conocimiento del *modus operandi* de las campañas que incentivaron ambas tareas. En la investigación di prioridad a tres campañas: la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (1927), Salud para la Américas (1943) y la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo (1957), caracterizadas por su prolífica producción de materiales educativos y, particularmente, por el uso del cine como un gran instrumento de educación higiénica. Afortunadamente, pude reconstruir su cartelera cinematográfica y localizar copias de las películas que se filmaron *ex profeso* y proyectaron mientras la campaña se llevaba a cabo. Este hallazgo filmográfico me puso en el camino del estudio del cine de salud y del análisis de sus películas como fuentes para la historia de la salud pública en México.

Las historias proyectadas en pantalla pudieron inspirarse en casos de enfermos, en testimonios de médicos, sanitaristas y maestros, o bien pudieran ser inventadas a partir del mensaje que se buscaba transmitir. De una u otra manera, ofrecieron la posibilidad de identificar los elementos utilizados por los directores para persuadir, convencer, asustar, estereotipar y acusar a todo aquel individuo sucio, indeciso, ignorante, negligente, infiel y culpable de contagiar la enfermedad, cualquiera que fuera. Los personajes con estas características cobraron vida en la pantalla y podían parecerse a los espectadores, provocándoles empatía por los buenos hábitos higiénicos, pero también despertándoles un sentimiento de rechazo hacia sus vecinos enfermos, negligentes y flojos. Particularmente, frente a las imágenes en movimiento, se ponían en juego los sentimientos personales y la conexión inmediata del público con ellos condicionaba su reacción.

Una de las características de la propaganda sanitaria, independientemente del formato, radicó en destacar los contrastes y en jugar con las emociones de los receptores. Esto lo logró de distintas maneras. Una de ellas fue diferenciar a los individuos limpios de los sucios, a los flojos de los trabajadores y a los alegres de los tristes, haciendo evidente que solamente

había dos formas de ser y, en consecuencia, vivir: enfermo o sano. Los individuos sucios, flojos y tristes solían ser los enfermos; quienes eran limpios, alegres y trabajadores estaban sanos. Otra forma de destacar los contrastes apareció en los diferentes escenarios de las películas, y el preferido fue el ámbito rural. En la relación entre el personaje y su entorno encontramos similitud con algunas películas del cine de la *época de oro*, en las cuales directores y fotógrafos crearon mundos fantásticos e hicieron de los escenarios rurales mexicanos y de sus campesinos un mundo enfermo y sucio pero redimible; por su parte, el cine de salud también se inspiró en los campesinos, sólo que bajo la impronta internacional de la Segunda Guerra Mundial y la consigna para promover la unidad latinoamericana y la defensa de la salud. El ejemplo más representativo fue la cartelera de la campaña Salud para las Américas y los cortometrajes de Walt Disney, Herbert Knapp y Jack Chertok. En sus películas salta a la vista que lo prioritario fue que el espectador, en general, y los campesinos en particular, reconocieran su falta de educación higiénica y entendieran que las instrucciones allí mostradas los salvarían de la enfermedad, la suciedad y la pobreza. Tenemos así que bajo otro concepto cinematográfico, el cine de salud de los años cuarenta también construyó a campesinos enfermos pero redimibles.

Otros dos aspectos de la filmografía analizada fueron identificados. El primero hace evidente que las recomendaciones para evitar la enfermedad –vacunarse, tomar medicina, asistir al médico–, así como los hábitos higiénicos –construir letrinas o lavarse las manos antes de comer–, fueron enseñanzas que no requirieron que el Estado y las autoridades sanitarias invirtieran fuertes cantidades de dinero en infraestructura. Esto significa que la educación propuesta a los campesinos los involucró en tareas que debían acatar tal cual; es decir, se les mostró que podían revertir sus carencias económicas y sanitarias con tan sólo poner en práctica los consejos que recibieron de la propaganda sanitaria. Por ejemplo, si carecían de agua potable para beber, hervir la del río era suficiente para evitar enfermedades gastrointestinales; si no tenían baño con agua corriente, construir una letrina y convencerlos de dejar de defecar en las milpas era la solución adecuada.

El segundo aspecto tiene que ver con las semejanzas en la forma como las revistas para campesinos *El Sembrador*, *El Maestro Rural* y las películas de la Oficina de Asuntos Interamericanos (OIAA) representaron físicamente a los campesinos, su forma de vida y sus prácticas culturales presentadas como antihigiénicas y atrasadas. Las publicaciones de la SEP son un antece-

dente de las películas de OIAA, tanto por la fecha de circulación como por su propuesta editorial, en la que no hay referencias a individuos educados en una cultura de la higiene, sino de hombres y mujeres a quienes había que instruir. En esta misma línea se mantuvieron los cineastas estadounidenses y, detrás de estas historias, aparentemente ingenuas y benévolas, subyacen representaciones, musicalizadas con tonos melosos y narradas con una voz de fuerte entonación paternalista, que disfrazaron otro discurso: el que denigraba a los campesinos por su falta de hábitos higiénicos, por mantener sus prácticas tradicionales y conservar sus costumbres. La frase *as his old costumes* fue recurrente en los filmes de Walt Disney y sumamente significativa de lo que se pretendía con estas películas: marcar un antes y un después en la cultura de higiene y prevención de los mexicanos.

A diferencia de lo visto para los años treinta y cuarenta, en la propaganda sanitaria de los cincuenta aparecen escenarios con protagonistas diferentes. Lo más representativo fue la filmografía antimalárica, realizada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el marco de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo de 1957, cuyo propósito propagandístico fue exaltar la labor del Estado mexicano como promotor de una laudable tarea: erradicar el paludismo del territorio nacional. A través de sus instituciones sanitarias se erige en ese momento como un nuevo personaje, y pese haber permanecido tras bambalinas, decidió hacer su debut estelar mostrando el esfuerzo económico, tecnológico y humano que realizaba en la lucha para erradicar el paludismo. Por eso, los documentales aquí analizados, *Guerra al paludismo*, *Cruzada heroica* y *Erradicación del paludismo*, están colmados de escenas que muestran la movilidad de los transportes —autos, avionetas, barcos— y los cientos de equipos de rociadores que se apropiaron del país para salvarlo de la desgracia de la enfermedad. Más que plantear historias de enfermos o mostrar cómo conservar limpia su persona y su entorno, la propaganda antipalúdica estuvo dirigida a una población que lo único que debía hacer era abrir las puertas de sus casas al rociador para que hiciera su trabajo. Esta representación de una población participativa y consciente de los beneficios de la campaña habla más de una propaganda de autoelogio del Estado y las instituciones sanitarias que de una con perfil educativo que mostrara al espectador qué hacer para cuidar su salud, pero, sobre todo, que lo comprometiera consigo mismo. En los cortometrajes mexicanos filmados a petición de la SSA es claro el propósito de mostrar el despliegue de infraestructura promovida por el Estado mexicano a través de la Secretaría, y esta característica, que no se percibe

en los documentales estadounidenses, marca una importante diferencia en la intencionalidad del material filmográfico.

Por último, es perentorio identificar a quienes hicieron posible que esta ambiciosa empresa sanitaria y sus películas llegaran a las comunidades. He llamado *intermediarios sanitarios* a los médicos, sanitaristas, maestros rurales, notificadores y fumigadores, que fueron una especie de personaje-eslabón sobre quienes recayó el compromiso de que se hiciera buen uso del material propagandístico y cuyo trabajo sirvió de intermediación entre la propaganda y los receptores. Particularmente, los médicos y sanitaristas llevaron la voz sonante de la educación higiénica porque se mantuvieron activos en diferentes campañas recorriendo el país. Los maestros jugaron un papel especial en tanto hubo que instruirlos en temas médicos básicos para que fueran capaces de resolver casos de enfermos que no requirieran atención especializada en alguna clínica; por su parte, los notificadores y rociadores, activos particularmente en la campaña de erradicación del paludismo, acotaron su interacción con la gente a los consejos básicos de la campaña que los ocupó. Sus testimonios —cuando los dejaron—, a la vez que son una fuente imprescindible para reconstruir parte de la historia social y cultural sobre cómo se implementaron los programas de educación higiénica, cómo se distribuyó su propaganda y cómo se interpretaron sus mensajes, suponen un riesgo para la historia oficial que emana de las *Memorias y Boletines del DSP* porque en ocasiones la contradicen. Sus cartas e informes de trabajo estuvieron colmados de solicitudes de carteles, folletos y películas para trabajar, lo cual pone en duda que los miles de tirajes reportados por la Sección de Educación Higiénica y Propaganda hubieran sido suficientes. Casi siempre argumentaron que la pobreza de las comunidades, las condiciones insalubres de vida, la ignorancia, la apatía y la negligencia de la gente eran solamente algunos de los problemas que dificultaban su labor educativa; otros impedimentos fueron la insuficiencia de personal y, por supuesto, la escasez de medicamentos y la práctica de la medicina tradicional. También lo fue la falta de caminos y transporte para llegar a las comunidades, la falta de electricidad, la apatía de algunos integrantes de las brigadas sanitarias y el miedo mutuo entre los habitantes y los sanitaristas. Afortunadamente, para atenuar las carencias contaron con el material que produjo el Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública y el apoyo de brigadas de maestros, trabajadoras sociales y enfermeras. Frente a este panorama adverso, muchos de los intermediarios sanitarios no decayeron en su intento por conseguir

los implementos necesarios; sin duda, en esta empresa sanitaria su participación en la promoción de una cultura de la higiene fue fundamental. Los intermediarios sanitarios tuvieron que buscar alternativas para resolver los problemas inmediatos y gracias a ello se pudo reconstruir esta historia.

Finalmente, el Estado mexicano jugó un papel fundamental como diseñador y operador de las campañas pero también como actor que adquirió gradualmente un matiz cada vez más claro que lo llevó hacia las décadas de 1950 y 1960, a representar el papel protagónico en los cortometrajes que financió. Como promotor del cine de salud, construyó un discurso multicolor y multitemático para legitimar los avances tecnológicos, científicos y de infraestructura médico sanitaria del periodo, haciéndolos visibles en la pantalla grande.

REFERENCIAS

ARCHIVOS

Archivo Histórico Secretaría de Salud
Archivo Histórico Secretaría de Educación Pública
Acervo Histórico Instituto Nacional de Salud Pública
National Archives of Records Administration, College Park (Washington, D. C.)
National Library of Medicine, Bethesda (Washington, D. C.)

FILMOTECAS

Acervo Filmográfico del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud
Filmoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México
National Library of Congress (Washington, D. C.)
National Archives of Record Administration, College Park (Washington, D. C.)

FUENTES PRIMARIAS

Aguillon F, Gabriel (1929), “Una opinión sobre El Sembrador mural”, *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, núm. 3, julio, pp. 98-99.
Alba, Pedro (1932), “El problema del paludismo en México”, *Salubridad*, vol. III, núm. 1, pp. 31-45.
Andrade, Cayetano (1930), “La importancia de la propaganda higiénica”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, pp. 1113-1115.
Bermúdez, Salvador (1935), “Acerca de la propaganda higiénica”, *Gaceta Médica*, tomo LXVI, núm. 5, pp. 371-380.

- (s.f.), “Elementos de Higiene”, s.p.i.
- Bloque Nacional de Médicos Revolucionarios (1935), *Convocatoria Primer Congreso Nacional de Higiene Rural*, México, s.p.i.
- Bohórquez, Djed (1938), *Crónica del Constituyente*, México, Botas.
- Bustamante, Miguel (1934), “La Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales como factor de proceso higiénico en México”, trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, México, Departamento de Salubridad Pública.
- (1933), “Sanidad federal en los estados”, *Salubridad*, núms. 1-4.
- Cartilla de higiene escrita especialmente para la población indígena* (1928), México, Secretaría de Educación Pública-Talleres Gráficos de la Nación-Biblioteca del Maestro Rural Mexicano.
- Ceniceros, José Ángel (1935), *El Problema Social de la Insalubridad*, México, Botas.
- Consejo Superior de Salubridad (1910), *La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos. Brevisima Reseña de los progresos alcanzados desde 1810 hasta 1910*, México, Casa Metodista de Publicaciones.
- Departamento de Salubridad Pública (1937), *Curso de Educación Higiénica por correspondencia para maestros rurales. Lecciones 1ª, 2ª, y 3ª*, México, Talleres Gráficos de la Nación.
- (1926), *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta Manuel León Sánchez.
- García, Genaro (1911), *Crónica oficial del primer centenario de la Independencia de México. Breve Reseña*, México, Talleres del Museo Nacional.
- Gastélum, Bernardo (1926), “La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, pp. 5-23.
- (1925), “La actividad del Departamento de Salubridad Pública en materia de reglamentación y legislación sanitaria”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, pp. 3-6.
- Gochicoa, A. E. (1919), “Estado actual de la fiebre amarilla en la República Mexicana”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 2, pp. 40-42.
- González Rivera, Manuel (1952), *Educación Higiénica*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- (1947), “La función social del radio como agencia de cultura colectiva especialmente en el ramo de la educación higiénica popular”, *Salubridad y Asistencia*, marzo-abril, núm. 2, pp. 175-182.

- (1946a), “La educación higiénica en el campo de la Eugenesia”, *Salubridad y Asistencia*, núm. 15, mayo-junio, pp. 23-44.
- (1946b), “Educación Higiénica y Política Sanitaria”, *Salubridad y Asistencia*, núm. 13, enero-febrero, pp. 111-117.
- (1945), “Cualidades que debe reunir el educador sanitario”, *Salubridad*, mayo-junio, pp. 53-57.
- (1944), “La educación higiénica y la radio”, *Salubridad*, núm. 5, pp. 67-74.
- (1943a), “Procedimientos para impartir educación higiénica al público”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 2, pp. 99-103.
- (1943b), “Doña Eugenesia y otros personajes”, s.p.i.
- Gual, León (1935), “Fecunda Labor de Propaganda”, *Salubridad*, vol. vi, núm. 1, 1935-1936, pp. 18-22.
- Guerras, Alfonso (1930), “Automóvil: exposición higiénica ambulante para educación popular”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, pp. 1141-1146.
- Hill, Claude (1925), “Propaganda de Higiene”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 1, pp. 196-201.
- Jiménez, Carlos (1933), “Asistencia Pública y Medicina social”, *Gaceta Médica*, vol. 64, pp. 441-449.
- La Escuela Superior de Medicina Rural* (1946), s.p.i.
- Landa, Everardo (1930), “La acción educativa del Departamento de Salubridad Pública” *Salubridad*, núm. 4, julio-septiembre, pp. 1085-1094.
- La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos, Brevisima Reseña de los progresos alcanzados desde 1810 hasta 1910* (1910), publicada por el Consejo Superior de Salubridad de México bajo cuyos auspicios tuvo a bien poner la Secretaría de Gobernación, las conferencias y la exposición popular de higiene con las cuales se sirvió contribuir a la celebración del primer centenario de la Independencia Nacional, Año del Centenario, México, Casa Metodista de Publicaciones.
- Las misiones culturales (1933), *Las misiones culturales 1932-1933*, México, Secretaría de Educación Pública.
- (1928), *Las misiones culturales en 1927; las escuelas normales rurales*, México, Secretaría de Educación Pública.
- Maillefert, Alfredo (1933), “Antena Campesina. Transmisiones de la XFX de la SEP dedicadas a los campesinos”, *El Maestro Rural*, tomo II, 15 de marzo, núm. 11, p. 30.

- Memoria de la Secretaría de Educación Pública* (1929), México, Secretaría de Educación Pública.
- Orvañanos, Domingo (1889), *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República*, México, Secretaría de Fomento.
- Pardo, Ramón (1930), “Algo de lo que en el ejercicio de la profesión puede acontecer al médico que va de la Metrópoli a la Provincia”, *Gaceta Médica*, núm. 3, pp. 117-126.
- Pruneda, Alfonso (1936), “El nuevo código sanitario”, *Gaceta Médica* núm. 66, p. 395.
- (1933), “La higiene y la medicina sociales”, *Gaceta Médica de México*, tomo 64, pp. 122-136.
- (1921), “Los estudios de salubridad en las facultades de medicina”, *Memorias del VI Congreso Médico Nacional*, tomo II, pp. 517-518.
- Ruiz Montiel (1930), “¿Es de resultados prácticos la propaganda higiénica?”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 4, pp. 1116-1117.
- Siurob, José (1936), “La nueva orientación de los servicios de salubridad pública”, *Salubridad*, vol. VI, núm. 1, enero-diciembre, pp. 5-7.
- Uruchurtu, Gustavo (1943), “La labor de la educación higiénica en México”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 2, pp. 309-330.
- (1941), “Labor de la oficina técnica de Educación Higiénica”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, vol. IV, núm. 1-2, pp. 15-30.
- Valdés, Ulises (1930), “Historia de la salubridad”, *Salubridad*, núm. 4, pp. 1386-1407.
- vv. AA. (1948), *Motivation in Health Education*. The 1947 Health Education Conference of the New York Academy of Medicine, Nueva York, Columbia University Press.
- Valenzuela, Fernando (1918), “La Inmigración china”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 5, pp. 169-173.
- Yáñez, Agustín (1933), “Nuestro ayudante y amigo el radio”, *El Maestro Rural*, tomo II, núm. 1, 15 de marzo, p. 29.

LIBROS Y ARTÍCULOS

- Aboites, Luis (2004), “El último tramo 1929-2000”, en vv. AA., *Nueva historia mínima de México*, México, El Colegio de México, pp. 262-302.

- Aboites, Luis y Engracia Loyo (2010), “La construcción del nuevo Estado 1920-1945”, en vv. AA., *Nueva historia general de México*, México, El Colegio de México, pp. 595-651.
- Agostoni, Claudia (2013), “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario, 1920-1940”, *Historia Mexicana*, vol. LXIII, núm. 2, pp. 743-799.
- (2008a), “Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940”, en Elisa Speckman, Claudia Agostoni y Pilar Gonzalbo Aizpuru (coords.), *El miedo y los miedos en la historia*, México, El Colegio de México-Instituto de Investigaciones Históricas.
- (2008b), “Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927”, en Claudia Agostoni (ed.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México (siglos XIX-XX)*, México, Instituto de Investigaciones Históricas-Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- (2007a), “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, enero-junio, pp. 89-120.
- (2007b), “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War: Mexico City, 1890’s-1920’s”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, núm. 1, pp. 52-61.
- (2003), *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, Calgary, University of Calgary Press-University Press of Colorado-UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas.
- (2001), “Salud Pública y control social en la ciudad de México a fines del siglo diecinueve”, *Historia y Grafía*, núm. 17, pp. 73-95.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1995), *Problemas de la población indígena de la cuenca del Tepalcatepec*, 2 vols., México, Universidad Veracruzana-Instituto Nacional Indigenista-Fondo de Cultura Económica.
- (1980), *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.
- Alanís Rufino, Mercedes (2010), “En el niño está el porvenir de la patria. La institucionalización de la atención médica infantil, ciudad de México 1920-1943”, tesis de doctorado en Historia Moderna y Contemporánea, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

- Alba, Francisco (1993), "Crecimiento demográfico y transformación económica", en A. Arenzana (ed.), *La población de México*, vol. 4, *México en el siglo XX*, 4 vols., México, Consejo Nacional de Población, pp. 74-95.
- Alemán-Escobar, María de Lourdes, Rey Arturo Salcedo-Álvarez y Doris Verónica Ortega-Altamirano (2011), "La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009. Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México", *Perfiles Educativos*, núm. 133, pp. 174-196.
- Almeida Belisário, Soraya (1995), "As múltiplas faces do médico-sanitarista", en María Helena Machado (coord.), *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 132-147.
- Álvarez Amézquita, José (1984), "Servicios Médicos Rurales Cooperativos en la Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México", en Héctor Hernández Lamas (comp.), *La atención médica rural en México 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 93-108.
- (1960), *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Amory Winslow, Charles Edward (1923), *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*, New Haven, Yale University Press.
- Aréchiga, Ernesto (2007), "Educación, propaganda o dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 33, enero-junio, pp. 57-88.
- Armus, Diego (2007), *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa.
- (ed.) (2003), *Disease in the History of Modern Latin America*, Londres, Duke University Press.
- Arreguín Vélez, Enrique (1982), *Páginas autobiográficas*, Morelia, Biblioteca de Nicolaítas Notables, núm. 11.
- Aurrecoechea, Juan Manuel (2008), "Figuroa, educador visual", *Luna Córnea*, núm. 32, pp. 115-125.
- (2003), "Paquete de sorpresas. Disney, México y Los Tres Caballeros", *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México*, núm. 620, pp. 129-133.
- Aviña, Rafael (2004), *Una mirada insólita. Temas y géneros del cine mexicano*, México, Océano-Cineteca Nacional.

- Bassols, Clementina (1960), *Narciso Bassols en Memoria*, s.p.i.
- Birn, Anne-Emanuelle (2006), *Marriage of convenience. Rockefeller international health and Revolutionary Mexico*, Rochester-Nueva York, University of Rochester Press.
- (2003), “Revolution, the Scatological Way. The Rockefeller Foundation. Hookworm campaign in 1920s México”, en Diego Armus (ed.), *Disease in the History of Modern Latin America*, Londres, Duke University Press, pp. 158-182.
- (1996), “Las Unidades Sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México”, en Marcos Cueto (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos-Organización Panamericana de la Salud, pp. 203-233.
- (1995), “¿El pasado como presagio? México, la salud pública y la Fundación Rockefeller”, en Leticia Robles Silva y Francisco Javier Mercado (eds.), *Memorias del Sexto Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 135-155.
- (1993), *Local Health and Foreign Wealth: The Rockefeller Foundations. Public Health Programs in Mexico 1924-1951*, Baltimore, Johns Hopkins University.
- Blancarte Meléndez, Juan Ramón y Noé de Jesús Cabrera (1959), “El programa de erradicación del Paludismo en México”, *Boletín Salud Pública de México*, vol. 1, núm. 1, pp. 9-50.
- Bliss, Katherine Elaine (1996), “Prostitution, Revolution and social reform in Mexico City, 1918-1940”, tesis de doctorado en filosofía, Chicago, Universidad de Chicago, Departamento de Historia.
- Boon, Timothy (1999), “Health Educational films in Britain, 1919-1939: Production, Genres and Audiences”, en G. Harper y A. Moor (eds.), *Signs of Life: Cinema and Medicine*, Londres, Wallflower Press, pp. 45-57.
- Brandt M., Allan (1985), *No Magic Bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press.
- Braña Blanco, Segundo (1960), “El programa de Educación Higiénica”, *Salud Pública de México*, (2), pp. 20-29.
- Burton Carvajal, Julianne (1994), “Surprise Package, Looking Southward with Disney”, en Eric Smoodin (ed.), *Disney Discourse. Producing the Magic Kingdom*, Londres, Routledge, pp. 131-147.
- Bustamante, Miguel (1986), *Cinco personajes de la salud en México*, México, Porrúa.

- Camarena Ocampo y Lourdes Villafuerte (coords.) (2001), *Los andamios del historiador. Construcción y tratamiento de fuentes*, México, Archivo General de la Nación-Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Campos Sánchez, Socorro (2012), “Cien años de divulgación para la salud. El caso de la tuberculosis, 1910-2010”, tesis de doctorado en Filosofía de la Ciencia, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carrillo Farga, Ana María (2005), “Salud pública y poder durante el cardenismo: México, 1934-1940”, *Dynamis*, núm. 25, pp. 145-178.
- (2003a), “Miguel E. Bustamante”, en *Ciencia y Tecnología en México en el siglo XX. Biografías de Personajes Ilustres*, México, SEP-Conacyt-Academia Mexicana de Ciencia y Tecnología, vol. III, pp. 143-158.
- (2003b), “El inicio de la Federalización de los servicios de salud 1902-1940”, en Guillermo Fajardo Ortiz, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela (coords.), *Perspectiva histórica de la atención a la salud en México, 1902-2002*, México, Organización Panamericana de la Salud-Universidad Nacional Autónoma de México.
- (2002a), “La profesión médica ante el alcoholismo en el México Moderno”, *Cuicuilco*, vol. 9, núm. 26, pp. 295-314.
- (2002b), “Economía, política y salud pública en el México porfiriano 1876-1910”, *Historia, Ciência é Saúde Manguinhos*, vol. 9 (suplemento), pp. 67-87.
- (2001), “Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México”, *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm. 4, pp. 361-369.
- (1999), “Los difíciles caminos de la Campaña Antivariolosa en México”, *Ciencias*, julio-diciembre, pp. 18-25.
- (1995), “¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California 1902-1903”, trabajo presentado en el Simposio Latinoamericano “No una sino muchas muertes”, México, 25 de agosto de 1995.
- Cartwright, Lisa (1995), *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- (1994), “Cultural contagion: On Disney's Health Education Films for Latin America”, en Eric Smoodin (ed.), *Disney Discourse. Producing the Magic Kingdom*, Londres, Routledge, pp. 169-180.
- Cedillo, Juan Alberto (2007), *Los nazis en México*, México, Debate.
- Cervantes González, Domingo (1979), *Breve reseña histórica de la lucha antipalúdica en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia-Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo.

- Ciuk, Perla (2000), *Diccionario de directores del cine mexicano*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Colwell, Stacie (1992), "The End of the Road: Gender, the Dissemination of knowledge, and the American Campaign against Venereal Disease during WWI", *Camera Obscura*, pp. 91-125.
- Cooter, Roger (2003), "Of War and Epidemics: Unnatural Couplings, Problematic Conceptions", *The Journal of the Society for the Social History of Medicine*, vol. 16, núm. 2, pp. 283-302.
- Cueto, Marcos (ed.) (1996), *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos-Organización Panamericana de la Salud.
- Cueto, Marcos (2007a), *The Value of Health: A History of the Panamerican Health Organization*, Washington, Panamerican Health Organization.
- (2007b), *Cold War, Deadly Fevers. Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- (2005), "Appropriation and Resistance: Local Responses to Malaria Eradication in México, 1955-1970", *Journal of Latin American Studies*, núm. 37, pp. 533-559.
- (2004), *El valor de la salud. Historia de la OPS*, Washington, Organización Mundial de la Salud.
- (2001), "Un médico alemán en los Andes: la visión médico social de Maxime Kuczyinski Godard", *Allpanchis*, núm. 56, pp. 39-74.
- (1997), *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos.
- Del Castillo Troncoso, Alberto (2000), "La polémica en torno a la educación sexual en México durante la década de los años treinta: conceptos e interpretaciones de la infancia", *Estudios Sociológicos*, vol. XVIII, núm. 52, pp. 203-226.
- Díaz Barriga, Jesús (1981), *Su pensamiento sobre la educación socialista y la nutrición popular*, Morelia, Biblioteca de Nicolaítas Notables.
- Eberwein, Robert (1999), *Sex Ed Film, Video, and the Framework of Desire*, New Brunswick-Nueva Jersey-Londres, Rutgers University Press.
- Enríquez, Alberto (coord.) (1996), *Perspectivas sobre el cardenismo. Ensayos sobre economía, trabajo, política y cultura en los años 30*, México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Estrada Uroz, Rosalina (2001), "Del Mercurio al 606", *Elementos: Ciencia y Cultura*, vol. 8, núm. 042, pp. 47-53.

- Fabregat Cúneo, Roberto (1961), *Propaganda y sociedad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fedunski, Marianne (2005), "The Rockefeller Foundation's 1925 Malaria Film: A Case Study in Early Public Health Filmmaking", en Benjamin B. Page y David A. Valone (eds.), *Philanthropic Foundations and the Globalization of Scientific Medicine and Public Health*, Lanham, University Press of America, pp. 14-34.
- (2003), "Malaria Films: Motion Picture as a Public Health Tool", *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 7, julio, pp. 1046-1056.
- Fee, Elizabeth y Roy M. Acheson (1991), *A History of Education in Public Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Fein, Seth (1998), "Everyday Forms of Transnational Collaboration. US Film Propaganda in Cold War Mexico", en Gilbert M. Joseph, Catherine C. Legrand y Ricardo D. Salvatore (eds.) (1998), *Close Encounters of Empire. Writing the Cultural History of US-Latin American Relations*, Durham, Duke University Press, pp. 400-450.
- (1996a), "El cine y las relaciones culturales entre México y Estados Unidos durante la década de 1930", *Secuencia*, núm. 34, pp. 155-195.
- (1996b), *Hollywood and US-Mexico relations in the Golden Age of Mexican cinema*, tesis de doctorado en Filosofía, Austin, University of Texas.
- Ferro, Marc (2000), *Historia contemporánea y cine*, Barcelona, Ariel.
- Figuerola, Gabriel (1993), *Conversaciones con Gabriel Figuerola / Alberto Isaac*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara-Centro de Investigación y Desarrollo Cinematográfico.
- Flexner, Abraham (1940), *I Remember. The Autobiography of Abraham Flexner*, Nueva York, Simon and Shuster.
- Fonte, Jorge y Olga Matay (2000), *Walt Disney. El Universo de los largometrajes 1937-1967*, vol. 1, Madrid, TB Editores.
- Fosdick Blaine, Raymond (1952), *The Story of the Rockefeller Foundation*, Nueva York, Harper Brothers Publishers.
- Franco Agudelo, Saúl (1990), *El paludismo en América Latina*, México, Universidad de Guadalajara.
- Frenk, Julio *et al.* (2013), "Modernización académica de la Escuela de Salud Pública de México: 1983-1995", *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 5, septiembre-octubre, 2013, pp. 528-535.
- Garay Molina, Claudia (2010), "En busca de un libro de texto gratuito: el caso de Simiente", en Renato González Mello y Deborah Dorotinsky

- (coords.), *Encauzar la mirada. Arquitectura, pedagogía e imágenes en México 1920-1950*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Estéticas, pp. 109-143.
- García Riera, Emilio (1998), *Breve historia del cine mexicano. Primer siglo 1897-1997*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Imcine.
- (1960), *Historia documental del cine mexicano. Época sonora. Tomo 1 1926/1940*, México, Era.
- Gastélum, Bernardo (1976), *Días de decisiones*, México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Gómez Dantés, Héctor y Anne-Emanuelle Birn (2000), “Malaria and Social Movements in Mexico: the last 60 Years”, *Parassitologia*, núm. 42, pp. 69-85.
- Gudiño, María Rosa, Laura Magaña y Mauricio Hernández Ávila, (2013a), “La Escuela de Salud Pública de México, su fundación y primera época: 1922-1945”, *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 1, enero-febrero, pp. 81-91.
- Gudiño, María Rosa y Laura Magaña (2013b), “La Escuela de Salud Pública de México y su interacción continental: 1945-1982”, *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 4, julio-agosto, pp. 433-441.
- Gudiño, María Rosa (2012), “Un recorrido por el acervo filmográfico de la Secretaría de Salud de México”, *Historia, Ciência é Saúde Manguinhos*, vol. 19, núm. 1, pp. 325-334.
- (2010), “La salud de los mexicanos, un tema de película de los años sesenta”, *Memoria y Sociedad*, vol. 14, núm. 28, enero-julio, pp. 125-136.
- (2009), “Salud para las Américas y Walt Disney. Cine y campañas de Salud en México. 1943-1946”, en Alicia Azuela y Guillermo Palacios (coords.), *La mirada mirada. Transculturalidad e imaginarios del México revolucionario, 1910-1945*, México, El Colegio de México-UNAM, pp. 179-203.
- (2008), “Educación higiénica y consejos de salud para campesinos en El Sembrador y El Maestro Rural, 1929-1934”, en Claudia Agostoni (ed.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México (siglos XIX-XX)*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM-Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, pp. 71-97.

- Hernández Lamas, Héctor (comp.) (1984), *La atención médica rural en México 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Herrera León, Fabián (2008), “México y el Instituto Internacional de Cinematografía educativa, 1927-1937”, *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, vol. 36, pp. 221-259.
- Herrera López, Alfredo (2008), “Catálogo del Departamento de Bellas Artes del Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública (cajas 1 a la 53)”, tesis de licenciatura en Historia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Humphreys, Margaret (2001), *Malaria. Poverty, Race, and Public Health in the United States*. Baltimore, The Johns Hopkins University.
- (1996), “Kicking a Dying Dog. DDT and the Demise of Malaria in the American South, 1942-1950”, *Isis*, núm. 87, pp. 1-17.
- Joseph, Gilbert M., Catherine C. Legrand y Ricardo D. Salvatore (eds.) (1998), *Close Encounters of Empire. Writing the Cultural History of US-Latin American Relations*, Durham, Duke University Press.
- Joseph, Gilbert M. y Daniel Nugent (coords.) (1994), *Everyday forms of State formation. Revolution and Negotiation of rule in Modern Mexico*, Durham-Londres, Duke University Press.
- Lasso Echeverría, Fernando (2001), *Diccionario de Salud Pública*, México, Derechos Reservados Fernando Lasso Echeverría.
- Liceaga, Eduardo (1949), *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación.
- Loyo, Engracia (1999a), *Gobiernos revolucionarios y educación popular en México 1911-1928*, México, El Colegio de México.
- (1999b), “La lectura en México 1920-1940”, en Josefina Zoraida Vázquez (coord.), *Historia de la lectura en México*, México, El Colegio de México, pp. 243-294.
- Loyola, Rafael (coord.) (1986), *Entre la guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Kapelusz-Poppi, Ana María (2001a), “Physician Activists and the Development of Rural health in Postrevolutionary Mexico”, *Radical Historical Review*, núm. 80, pp. 35-50.
- (2001b), “Rural Health and State Construction in Postrevolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services”, *The Americas*, vol. 58, núm. 2, pp. 261-283.

- Kay Vaughan, Mary (2001), *La política cultural en la Revolución, maestros, campesinos y escuelas en México 1930-1940*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Khun, Annete (1988), *Cinema, Censorship and Sexuality 1909-1925*, Londres-Nueva York, Routledge.
- Knight, Alan (1996), *La Revolución Mexicana. Del Porfiriato al nuevo Régimen Constitucional*, vol. II: Contrarrevolución y reconstrucción, México, Grijalbo.
- (1994), “Popular Culture and the Revolutionary State in Mexico, 1910-1940”, *Hispanic American Historical Review*, núm. 74, agosto, pp. 393-444.
- Kumate Rodríguez, Jesús (1977), *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, México, El Colegio Nacional.
- Machado, María Helena (coord.) (1995), *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Magaña, Laura y María Rosa Gudiño (2010), *Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Martínez Báez, Manuel (1980), “El paludismo en el mundo”, en Enrique Arreguín Vélez (ed.), *Manuel Martínez Báez. Maestro, científico, humanista*, México, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pp. 93-103.
- (1943), “Informe que rinde el Dr. Manuel Martínez Báez, Delegado de México a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Río de Janeiro del 7 al 18 de septiembre de 1942”, *BDSP*, año VI, núm. 2, abril, pp. 129-155.
- Mayo, Sebastián (1964), *La educación socialista en México (el asalto a la Universidad Nacional)*, Rosario, Bear.
- Mead, Margaret (1948), “Positive Motivation in Health Education”, en *Motivation in Health Education. The 1947 Health Education Conference of the New York Academy of Medicine*, Nueva York, Columbia University Press, pp. 45-53.
- Meade, Teresa (1989), “Living Worse and Costing More. Resistance and Riot in Rio de Janeiro 1890-1917”, *Journal of Latin American Studies*, vol. 21, núm. 1-2, pp. 241-266.
- (1987), “Civilizing Rio de Janeiro. The Public Health Campaign and the Riot of 1904”, *Journal of Social History*, vol. 20, núm. 2, pp. 301-322.

- Mendoza Cornejo, Alfredo (1992), *El servicio social universitario en México: su filosofía, historia, marco jurídico y vinculación con la sociedad*, México, Universidad de Guadalajara.
- México a través de los informes presidenciales* (1976), La salubridad general, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia-Secretaría de la Presidencia, t. 12.
- Moll, Arístides (1944), “Salud a las Américas”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 23, núm. 9, pp. 786-788.
- Morris, J. A., *Nelson Rockefeller. A Biography*, Nueva York, Harper Brothers, 1960.
- Moya Palencia, Mario (1992), *Mexicanos al grito de guerra*, México, Porrúa.
- Nichtenhauser, Adolf (1953), “A History of Motion Pictures in Medicine”, manuscrito, Bethesda, National Library of Medicine.
- Nigenda López, Gustavo (1994), *Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio*, México, Fundación Mexicana para la Salud.
- (1990), “Referencias de ubicación geográfica de los médicos urbanos de México”, *Síntesis Ejecutiva*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Novo, Salvador (1994), *La vida en México en el periodo presidencial de Manuel Ávila Camacho* (comp. José Emilio Pacheco), México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Ornelas Herrera, Roberto (2006), “Radio y cotidianidad en México (1900-1930)”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México. V. Siglo XX. Campo y ciudad*, México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica, vol. 1, pp. 127-169.
- Ortiz Garza, José Luis (1989), *México en guerra. La historia secreta de los negocios entre empresarios mexicanos de la comunicación, los nazis y EUA*, México, Planeta.
- Othón de Mendizábal, Miguel (1947), *Obras completas*, México, Talleres Gráficos de la Nación, tomo vi.
- Palacios, Guillermo (2000), “Julio Cuadros Caldas: un agrarista colombiano en la revolución Mexicana”, *Historia Mexicana*, vol. XLIX, núm. 3, pp. 432-476.
- (1999), *La pluma y el arado. Los intelectuales pedagogos y la construcción sociocultural del “problema campesino” en México, 1932-1934*, México, El Colegio de México.
- (1998), “Una historia para campesinos: El maestro rural y los inicios de la construcción del relato historiográfico posrevolucionario 1932-

- 1934”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia y nación, 1. Historia de la educación y enseñanza de la historia*, México, El Colegio de México, pp. 237-262.
- Pani, Alberto J. (1936), *Mi contribución al nuevo régimen, 1910-1933*, México, Cultura.
- (1916), *La higiene en México*, México, Imprenta de J. Balleasca.
- Peredo Castro, Francisco (2004), *Cine y propaganda para Latinoamérica. México y Estados Unidos en la encrucijada de los años cuarenta*, México, UNAM.
- (2000), “Cine e historia: discurso histórico y producción cinematográfica”, tesis de doctorado en Historia, México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras.
- Pérez Montfort, Ricardo (2000), “Esa no porque me hiere. Semblanza superficial de treinta años de radio en México. 1925-1955”, en Ricardo Pérez Montfort, *Avatares del nacionalismo cultural: cinco ensayos*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos.
- Pérez Tamayo, Ruy (1991), *Historia de diez gigantes*, México, El Colegio Nacional.
- Pernick S., Martín (1996), *The Black Stork: Eugenics and the Death of “Defective” Babies in American Medicine and Motion Pictures Since 1915*, Nueva York, Oxford University Press.
- Porter, Dorothy (ed.) (1994), *The History of Public Health and the Modern State*, Atlanta, Clio Medica.
- Posada, Pablo Humberto (1990), *Apreciación del cine en México*, México, Editorial Alhambra Mexicana.
- Pozas Horcasitas, Ricardo (1986), “De lo duro a lo seguro. La fundación del Seguro Social Mexicano”, en Rafael Loyola (coord.) (1986), *Entre la guerra y la estabilidad política. El México de los 40*, México, Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp. 109-123.
- Prieto, Julie (2013), “Making a modern man: Disney’s Literacy and Health Education Campaign in Latin and South America during the WWII”, en Janak Edward y Denise Blum (ed.), *The Pedagogy of pop: Theoretical and Practical Strategies for Success*, Londres, Lexington Books, pp. 29-44.
- Raby, David (1989), “Ideología y construcción del Estado: la función política de la educación rural en México: 1921-1935”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. LI, abril-junio, pp. 305-320.

- Reyes, Aurelio de los (1996), *Cine y sociedad en México. Vivir de sueños, 1896-1920*, México, UNAM, vol. I.
- (1993) *Cine y sociedad en México. Bajo el cielo de México, 1920-1924*, México, UNAM, vol. II.
- (1991), *Manuel Gamio y el cine*, México, UNAM.
- (1984), *Los orígenes del cine en México (1896-1900)*, México, Secretaría de Educación Pública (Lecturas Mexicanas, núm. 61).
- Reyes de la Maza, Luis (1973), *El cine sonoro en México*, México, UNAM.
- Reyes Díaz, Evelia (2012), *Ciudad, lugares, gente, cine. Apropiación del espectáculo cinematográfico en la ciudad de Aguascalientes, 1897-1933*, México, Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Ríos Molina, Andrés (2009), “El niño y la niebla. La enfermedad mental según Rodolfo Usigli y Roberto Gavaldón”, *Cuicuilco*, núm. 45, pp. 27-50.
- (2007), “La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General de La Castañeda, 1910-1920”, tesis de doctorado en Historia, México, El Colegio de México.
- (2006), “La Loca and Manicomio. Representations of Women Insanity during the *Golden Age* of Mexican Films”, *Journal of International Women's Studies*, vol. 7, núm. 4, pp. 209-221.
- Rockwell, Elsie (1994), “Schools of the Revolution: Enacting and Contesting State Forms in Tlaxcala, 1910-1930”, en Gilbert M. Joseph y Daniel Nugent (coords.), *Everyday forms of State formation. Revolution and Negotiation of Rule in Modern Mexico*, Durham-Londres, Duke University Press, pp. 170-208.
- Rodríguez, José María (1992), “La Federalización de la Salubridad”, en Raúl Noriega (ed.), *50 discursos doctrinales en el Congreso Constituyente de la Revolución Mexicana*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, pp. 299-311.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Martha Eugenia Rodríguez Pérez (1998), “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, *Historia, Ciência é Saúde*, vol. v, núm. 2, pp. 293-310.
- Rosen, George (1993), *A History of Public Health*, Baltimore-Londres, The John Hopkins University Press.
- Ruiz Sánchez, Carlos (2001), “Las políticas de salud en el Estado mexicano 1917-1997, un análisis de la evolución de la administración pública de la salubridad en México”, tesis de doctorado en Administración Pública, México, UNAM.

- Rusell, P. Edmund (1999), "The Strange Career of DDT: Experts, Federal Capacity, and Environmentalism in World War II", *Technology and Culture*, vol. 40, núm. 4, pp. 770-796.
- Saavedra Luna, Isis (2007), *Entre la ficción y la realidad. Fin de la industria cinematográfica mexicana, 1989-1994*, México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Saavedra M., Alfredo (1967), *México en la educación sexual*, México, Costa-Amic Editor.
- Scott, James C. (2000), *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, México, Era.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1976), *México a través de sus informes presidenciales*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, tomo 12: La salubridad general.
- Secretaría de Educación Pública-Instituto Politécnico Nacional (SEP-IPN) (1947), *La Escuela Superior de Medicina Rural*, México, Secretaría de Educación Pública-Instituto Politécnico Nacional.
- Smoodin, Eric (ed.) (1994), *Disney Discourse. Producing the Magic Kingdom*, Londres, Routledge.
- (1993), *Animating Culture. Hollywood Cartoons from the Sound Era*, Nueva Jersey, Rutgers University Press.
- Soberón, Guillermo y Bernardo Sepúlveda (1983), "El Consejo General de Salubridad", *Salud Pública de México*, vol. 25, núm. 5, pp. 483-487.
- Soberón y Parra, Galo (1936), *Nociones de malariología*, México, Talleres Gráficos de la Nación.
- Solórzano Ramos, Armando (1997), *¿Fiebre dorada o fiebre amarilla? La Fundación Rockefeller en México (1911-1924)*, México, Universidad de Guadalajara.
- Sorlin, Pierre (2005), "El cine, reto para el historiador", *Istor*, núm. 2, pp. 11-35.
- (1985), *Sociología del cine en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Sosensky, Susana (2006), "Diversiones malsanas: el cine y la infancia en la ciudad de México en la década de 1920", *Secuencia*, núm. 66, pp. 37-64.
- Stapleton, Darwin H. (2005), "A Lost Chapter in the Early History of DDT. The Development of Anty-typhus Technologies by the Rockefeller Foundation's Louse Laboratory, 1942-1944", *Technology and culture*, vol. 46, julio, pp. 513-540.

- Tejero, Juan (2000), "Prólogo", en Jorge Fonte y Olga Matay, *Walt Disney: el universo de los largometrajes, 1937-1967*, vol. 1, Madrid, TB Editores, pp. 1-5.
- The Rockefeller Foundation (1963), *A Condensed Record of Activities from 1913 to 1963*, Nueva York, Office of Publications the Rockefeller Foundation.
- Treviño Becerra, Alejandro y Norberto Treviño García-Manzo (eds.) (2006), *Norberto Treviño. Hechos, escritos, libros*, México, UNAM.
- Treviño Peña, Luis (2006), "El Bloque Nacional de Médicos", en Alejandro Treviño B. y Norberto Treviño García-Manzo (eds.), *Norberto Treviño. Hechos, escritos, libros*, México, UNAM, pp. 19-23.
- Tuñón, Julia (2005), *Cuerpo y espíritu. Médicos en celuloide*, México, Secretaría de Salud.
- (2001), "Torciéndole el cuello al filme: de la pantalla a la historia", en Mario Camarena Ocampo y Lourdes Villafuerte García (coords.), *Los andamios del historiador. Construcción y tratamiento de fuentes*, México, AGN-Instituto Nacional de Antropología e Historia, pp. 337-358.
- (1998), *Mujeres de luz y sombra en el cine mexicano. La construcción de una imagen (1939-1952)*, México, El Colegio de México-Instituto Mexicano de Cinematografía.
- Valdespino, José Luis y Jaime Sepúlveda (comps.) (2001), *Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vargas Parra, Daniel (2010), "Fisiología lúdica de la higiene, encauzamiento, profilaxis y dinámica de la energía", en Renato González Mello y Deborah Dorotinsky Alperstein (coords.), *Encauzar la mirada, arquitectura, pedagogía e imágenes en México, 1920-1950*, México, UNAM, pp. 33-73.
- Vázquez Mantecón, Álvaro (2012), *El cine súper 8 en México, 1970-1989*, México, UNAM-Filmoteca.
- Vázquez, Josefina Zoraida y Lorenzo Meyer (2000), *México frente a Estados Unidos. Un ensayo histórico, 1776-2000*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Vidal González, Rodolfo (2006), *La actividad propagandística de Walt Disney durante la Segunda Guerra Mundial*, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca.
- Vovelle, Michel (1985), *Ideologías y mentalidades*, Barcelona, Ariel.

- Walzer Leavitt, Judith (2000), "Typhoid Mary Strikes Back: Bacteriological Theory and Practice in Early 20th Century Public Health", en Judith Walzer y Ronald L. Numbers (eds.), *Sickness and Health in America. Readings of Medicine and Public Health*, Madison, University of Wisconsin Press, pp. 555-571.
- Walzer, Judith y Ronald L. Numbers (eds.) (2000), *Sickness and Health in America. Readings of Medicine and Public Health*, Madison, University of Wisconsin Press.
- Welch, Henry William (1925), *Public Health in Theory and Practice. An Historical Review*, New Haven, Yale University Press.
- Williams, Adriana (1993), *Covarrubias*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Zavala Ramírez, María del Carmen (2015), "La lucha antivenérea en México, 1926-1940", tesis de doctorado en historia, México, Centro de Estudios Históricos, El Colegio de México.

FILMOGRAFÍA MEXICANA

- Santa* (Luis G. Peredo, 1918).
- María Candelaria* (Emilio el Indio Fernández, 1942).
- La brecha* (José Barbachano, 1952).
- Guerra al paludismo* (Walter Reuter, ca. 1957).
- Reconquista* (Dirección de Educación Higiénica-Lotería Nacional, 1957).
- Cruzada heroica* (Francisco del Villar, 1960).
- La erradicación del paludismo en México* (Secretaría de Salubridad y Asistencia, ca. 1961).
- Río arriba* (Adolfo Garnica, 1961).

FILMOGRAFÍA ESTADOUNIDENSE

- The End of the Road* (Edward Griffith, 1919).
- Fit to Win* (Edward Griffith, 1919).
- El precio de un desliz* (Columbia pictures, ca.1928).
- Defense Against Invasion* (Walt Disney, 1943).
- Water Friend Or Enemy* (Walt Disney, 1943).
- The Winged Scourage* (Walt Disney, 1943).

Cleanliness Brings Health (Walt Disney, 1945).

How Disease Travels? (Walt Disney, 1945).

Infant Care (Walt Disney, 1945).

La disentería (Jack Chertok, ca. 1946).

La viruela (Jack Chertok, ca. 1946).

La tifoidea (Jack Chertok, ca. 1946).

HEMEROGRAFÍA

Boletín del Departamento de Salubridad Pública.

Boletín Salubridad y Asistencia.

Bulletin of World Health Organization, 1948, núm. 2.

Diario de la Federación.

Diario de los debates del Congreso Constituyente, Fernando Romero García (dir.), t. 1, México, Imprenta de la Cámara de Diputados, 1922.

Gaceta Médica.

El Maestro Rural, órgano de la Secretaría de Educación Pública consagrado a la educación rural, México, 1932, 1934, 1935, 1936.

El Nacional.

El Sembrador. Libro de lectura para las escuelas rurales, 1º a 5º grado, Rafael Ramírez (dir.), México, Herrero Hermanos, 1929, núm. 1, 4, 6, 8 y 11.

El Universal.

Memorias del Departamento de Salubridad Pública.

New York Times.

Nosotros.

Revista CROM.

Salubridad (a partir de 1930: *Boletín de SP*).

*Educación higiénica
y cine de salud en México, 1925-1960,*
se terminó de imprimir en mayo de 2016,
en los talleres de Reproducciones y Materiales,
S.A. de C.V., Monte Alegre 44 bis, col. Portales Oriente,
03570, Ciudad de México.
Portada: Pablo Reyna
Dirección de Publicaciones
de El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

El binomio campañas de salud-cine tiene una dimensión social y cultural poco estudiada en México. A diferencia de la historia de la cinematografía comercial, que ha merecido la atención de historiadores y cineastas, la del cine de salud ha pasado casi desapercibida. Este libro analiza tres campañas sanitarias donde el séptimo arte se convirtió en un novedoso instrumento educativo: la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (1927), la conocida como Salud para las Américas (1943-1950) y la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo (iniciada en 1957). En la producción de las películas que apoyaron estas iniciativas de salud se involucraron reconocidos cineastas, como Francisco del Villar, Walter Reuter y hasta Walt Disney, y estos filmes se proyectaron de manera masiva en comunidades campesinas e indígenas, así como en colonias populares, clínicas y escuelas, con el fin de enseñar a los espectadores, mediante la imagen en movimiento, las reglas de la salud preventiva. Los contenidos, producción, difusión y recepción del cine generado desde instituciones como la Oficina de Asuntos Interamericanos y la Secretaría de Salubridad y Asistencia son analizados a lo largo de estas páginas.

