



EL COLEGIO DE MÉXICO, A.C.
CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

**CAMPAÑAS DE SALUD Y EDUCACIÓN HIGIÉNICA EN MÉXICO, 1925-1960.
DEL PAPEL A LA PANTALLA GRANDE**

MARÍA ROSA GUDIÑO CEJUDO

TESIS
en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el grado de

DOCTOR EN HISTORIA

Director de tesis: Dr. Guillermo Palacios

México, D.F. Febrero, 2009.

Aprobada por el
Jurado Examinador

1. _____
Presidente

2. _____
Primer vocal

3. _____
Vocal secretario

A mi papá

Agradecimientos

Una tesis sin agradecimientos a quienes contribuyeron para su elaboración, sería una tesis incompleta. A lo largo de los años dedicados a esta investigación recibí los apoyos intelectuales y económicos necesarios para culminar esta etapa de mi vida profesional. Mi primer agradecimiento va para El Colegio de México y el Centro de Estudios Históricos (CEH) que me aceptaron en su programa de doctorado. También para Javier Garcíadiego, Guillermo Palacios y Ariel Rodríguez Kuri, directores del centro durante mis años de estudiante. Pilar Gonzalbo, Graciela Márquez y Luis Aboites siempre tuvieron un buen consejo para mí. En este centro, invariablemente recibí de Rosy López y Rosy Quiroz una respuesta amable a las múltiples peticiones administrativas que realicé a lo largo de mi doctorado; por supuesto que se los agradezco. En su momento, Hortencia Soto y Adriana Ferreira también estuvieron presentes así que deseo expresarles mi agradecimiento.

Es un hecho que mi estancia en el CEH no hubiera sido posible sin la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar mis estudios de maestría y doctorado. Además, dicha institución me otorgó una beca-mixta para realizar una estancia de investigación en el Departamento de Historia de la Johns Hopkins University en la ciudad de Baltimore, Maryland. El Colegio de México también me apoyó económicamente para concluir mi tesis y del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México (INEHRM), recibí una beca adicional. A estas instituciones, agradezco su apoyo económico.

Una etapa de gran enriquecimiento intelectual fue el vivido en Johns Hopkins University en donde la hospitalidad y asesoría de los profesores Franklin Knight y Richard Kagan fue fundamental, por supuesto que a ambos deseo expresar mi gratitud. En la Sheridan Library de esta universidad, la asesoría de Jeanette Pierce siempre fue de

gran ayuda para agilizar mi búsqueda en archivos y filmotecas de la ciudad de Washington, DC y también a ella quiero agradecerle su apoyo.

Tras varios años de trabajo académico a su lado, el doctor Guillermo Palacios asesoró y dirigió esta tesis y para él va un agradecimiento muy especial. En principio, por el apoyo y consejos que siempre recibí de su parte cuando decidí adentrarme en los temas que han definido mis inquietudes académicas. Después, por su paciencia y atinados comentarios ante mis inesperados cambios de ideas y escenarios. Por último, por su buen sentido del humor que ayudó a que los momentos de tropiezos e incertidumbres, fueran menos difíciles.

Antes de convertirse en tesis, mi investigación pasó por dos momentos de revisión en donde los comentarios y sugerencias de Engracia Loyo, Claudia Agostoni, Javier Garcíadiego, Ariel Rodríguez Kuri, Luis Aboites, Ricardo Pérez Montfort, Renato González Mello y Bernd Hausberger, la enriquecieron. A cada uno de ellos, agradezco su cuidadosa lectura de aquellos primeros borradores y las valiosas sugerencias que me hicieron para motivarme a enriquecerla.

Esta investigación requirió de un constante trabajo en archivos, bibliotecas y filmotecas. Fui afortunada y en cada uno de estos sitios siempre recibí un trato profesional y amistoso. En el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, el apoyo y asesoría de Patricia Alfaro Guerra, Rogelio Vargas Olvera, José Luis Nájera Juárez, Patricia Olguín Alvarado y Rosalba Tena Villeda, encabezados por Irma Betanzos Cervantes, fue fundamental para realizar mi trabajo. En la Biblioteca del Instituto Nacional de Salud Pública, la licenciada Natalia López siempre atendió amablemente mis solicitudes de consulta por lo que también agradezco su apoyo. El señor Roberto Pérez Aguilar del Archivo de la Secretaría de Educación Pública, siempre facilitó la búsqueda de material. Ni que decir del personal de la Biblioteca Daniel Cosío Villegas de El Colegio de

México y del grupo encabezado por Ignacio Cervantes Dietrich en el área de cómputo que siempre me apoyó con la impresión de cientos de borradores.

Un lugar especial para el proceso de elaboración de esta tesis fue la Filmoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México. Allí, Ángel Martínez, jefe del Departamento de Catalogación, me permitió abrir la *caja de pandora* de donde salieron cientos de cortometrajes sobre campañas de salud. En noviembre de 2006, el acervo filmográfico de la Secretaría de Salud quedó bajo resguardo de la Filmoteca y fue entonces cuando Ángel me permitió conocer las películas que durante varios años, yo había esperado ver. Además de verlas tuve la fortuna de catalogarlas y esta tarea se hubiera dificultado de no haber contado con la paciencia y dedicación de don Mario Tovar quien pasó horas y horas proyectándome cintas de 16 y 35 mm sorprendiéndose de mi emoción por cada escena que aparecía proyectada en pantalla. A Ángel, don Mario y Martha Villaloz, quien completa el equipo de la filmoteca, les agradezco profundamente su apoyo, su hospitalidad y su buena disposición hacia mi trabajo. Recientemente, Gilberto Hochman y Teresa Villela Bandeira de Mello de la Fundación Osvaldo Cruz (Rio de Janeiro), me facilitaron información sobre el acervo filmográfico que ellos resguardan. A ambos agradezco su amable disposición para trabajar en equipo en aras de poder reconstruir la cartelera cinematográfica latinoamericana en temas de salud. Y siguiendo entre pantallas y documentales, quiero agradecer a Isaac García Venegas y a Erik Moncada su apoyo y asesoría en materia audiovisual.

Y después de lo estrictamente académico, vienen los agradecimientos para quienes durante años fueron un apoyo emocional y su compañía, un escape a las presiones escolares: mis compañeros de generación Marina Alonso, Karina Busto, Cinthya Montero, Susana Sosenski, Inés Rojkind, Cecilia Bautista, María Dolores Lorenzo, María José Navajas, Lara Semboloni, Andrés Ríos, Gabriel Torres, Harim Gutiérrez,

Javier Delgado, René de León, Jesús Hernández, Gregorio Saldarriaga, Juan Carlos Vélez y Luis Arrijoja. Fabio Moraga no fue compañero de generación, pero sí un buen amigo. En Baltimore, Angelika Höelger, Stephan Isernhagen, Carmen Alveal, Fredi Oliveira y Celso Castilho con su amistad y compañía llenaron de buenos momentos mi estancia en aquella ciudad.

Y afuera de El Colegio de México, de archivos y de filmotecas, también tuve el gran respaldo afectivo de mi familia que fue fundamental a lo largo de este proceso de titulación. El incondicional apoyo y amor de mis padres, de mi abuela Amparo, de mis hermanos Mónica, Jesús, Bárbara y Marcela, de mis tías Mela, Payín y Bibi y de los sobrinos Sofía y Manolo, siempre estuvo presente y fue un aliciente para no desistir. Las amigas de siempre, Gabriela Helguera, Haydee Soto y Marta Salmón fueron fieles acompañantes en este largo proceso de titulación y quiero decirles que su amistad es incomparable. Teresa Rojas Rabiela y Arnulfo Embriz han sido mis sabios consejeros y entrañables amigos a quienes les agradezco su interés por mi trabajo. A Marina, Karina, Susana, Cinthya e Inés quiero decirles que fue maravilloso conocerlas. La amistad y el apoyo de Alejandro Martínez Garnica llegaron para quedarse y se lo agradezco. Rosa Elsa Alanís, Silvia Icaza y la *compañía Condesa*, siempre estuvieron atentas a escuchar que había terminado esta tesis. Por último, quiero agradecer de manera particular al doctor Luis Javier Jara Quezada.

Con esta tesis se cierra una etapa de mi vida profesional y personal. El largo camino andado para conseguirlo, contó con la inesperada llegada de Andrés Ríos y el pequeño Mateo. Desde el momento en que entraron a mi vida, su compañía se volvió vital y hoy día vivir sin ellos y sin su amor es simplemente impensable.

Tabla de contenido

Introducción y objetivo.....	1
1. Salud en México.....	5
1.1 De enfermedades y números	7
2. Dos justificaciones: desde las campañas y desde el cine.....	15
3. El escenario.....	19
4. Hipótesis.....	21
5. Balance historiográfico.....	22
a. Presencia estadounidense en México.....	25
b. Servicios de salud en comunidades rurales.....	26
c. Paludismo.....	27
d. campañas de salud, educación higiénica y propaganda....	28
e. Cine.....	30
6. Fuentes y método.....	33
7. Estructura de la tesis.....	37

Capítulo 1. Un panorama histórico sanitario

Presentación.....	40
1. Una mirada retrospectiva.....	46
2. Las sesiones del Congreso Constituyente y la federalización de la salud.....	48
3. El andamiaje institucional	53
3.1 La Fundación Rockefeller y las Unidades sanitarias	57
4. Salud y comunidades rurales.....	63
4.1 Médico al campo.....	67
5. De la defensa del continente a la erradicación del paludismo..	74
Consideraciones finales.....	77

Capítulo 2. Instrumentos y actores. Educación higiénica e intermediarios sanitarios

Presentación.....	79
1. Educación higiénica en México.....	81
2. Sección de Educación Higiénica y Propaganda (SEHP.....	84
3. Instrumentos de educación y propaganda sanitaria.....	88
a. Conferencias y transmisiones radiofónicas.....	89
b. De carteles y folletos.....	93
c. Museo de higiene.....	100
d. Desde la pantalla grande. Cine en el Departamento de Salubridad.....	106
e. ¿Quiénes diseñaron folletos y carteles y quiénes dirigieron cortometrajes?.....	109
f. ¿Cómo se distribuyó la propaganda higiénica?.....	111
4. Intermediarios sanitarios. Varios perfiles.....	114
a. De la Facultad al campo.....	115

b. Desde la Escuela de Salubridad.....	119
c. Desde la Secretaría de Educación Pública.....	125
Consideraciones finales.....	131

Capítulo 3. Cine contra la sífilis y literatura contra el alcoholismo

Presentación.....	133
1. Y el cine llegó a México.....	136
2. Campaña Antivenérea. Un estreno de 1927.....	142
a. De <i>Listos para Vencer</i> a <i>Al final del camino en campaña</i>	145
b. Primera llamada.....	146
c. <i>Al final del Camino</i>	151
Trama y desenlace.....	152
Recepción en México.....	158
<i>Reconquista</i> . Una versión mexicana contra la sífilis...	160
3. Contra el alcohol en las comunidades rurales.....	162
4. <i>El Sembrador</i> y <i>El Maestro Rural</i>	166
a. Forma, contenido y difusión.....	168
b. Para renovar a los campesinos.....	171
Consideraciones finales.....	180

Capítulo 4. La Defensa del Continente y *Salud para las Américas*. Educación higiénica y cine

Presentación.....	182
1. Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos y la Defensa del Continente.....	184
2. XI Conferencia Sanitaria Panamericana.....	186
3. <i>Salud para las Américas</i> . Proyecto cinematográfico.....	190
4. Walt Disney a escena y en la escena de la defensa del continente	192
a. Los cortometrajes.....	200
b. El escenario y los actores.....	200
c. La trama.....	202
d. Una trama diferente.....	204
e. Otras historias que parecen más reales.....	206
5. México: Laboratorio de prácticas estadounidenses.....	209
a. Desde Xochimilco los cortometrajes se preparan para salir a las comunidades.....	212
b. Caravana Disney en la Cuenca de Tepalcatepec.....	217
c. Resistencia.....	221
Consideraciones finales.....	227

Capítulo 5. A erradicar el paludismo. Una mirada desde el cine nacional

Presentación.....	229
1. ¿Qué es el paludismo y cómo se manifiesta?.....	233
2. Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo.....	238
3. Rociadores y notificantes.....	242

4. Educación higiénica para la campaña.....	247
5. El cine antipalúdico.....	248
5.1 El cine de la erradicación.....	251
6. Una muestra de cine mexicano.....	257
a. Walter Reuter y su aporte filmográfico al combate al paludismo.....	258
b. La erradicación a la mexicana.....	262
c. De <i>Guerra al Paludismo</i> a <i>Cruzada Heroica...</i> ¿Qué cambió?.....	267
d. De <i>Cruzada Heroica</i> y su continuación.....	270
Consideraciones finales.....	272

Conclusiones.....	274
--------------------------	------------

Archivos consultados.....	282
Filmotecas consultadas.....	282
Bibliografía citada.....	282
Filmografía mexicana.....	300
Filmografía estadounidense.....	301
Hemerografía.....	301

Introducción y objetivo.

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. Para alcanzar este objetivo, además de fomentar la formación de personal médico, apoyar la investigación científica, construir clínicas y hospitales, 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 a través de la prevención, la vacunación y la asimilación de consejos sobre higiene. Para que estos programas llegasen a la población, se diseñó, produjo y difundió propaganda de manera oral, escrita, visual y audiovisual; es decir, a través de conferencias, programas radiofónicos, folletos, carteles, exposiciones y cine.

Los programas de educación higiénica estuvieron encabezados por el Departamento de Salubridad, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría de Educación Pública. Sin embargo, para la producción de la propaganda fue necesario integrar un amplio equipo constituido por dibujantes, cineastas, museógrafos y locutores 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 ha 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 propia de cada campaña sanitaria, su puesta en marcha en las comunidades y algunas manifestaciones de resistencia de la población hacía las medidas sanitarias que consideraron impositivas y/o riesgosas. Por esta razón, nuestra mirada analítica se centrará en cuatro grandes iniciativas realizadas entre 1925 y 1960

caracterizadas por su profusa producción propagandística: la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (1927), la Campaña Nacional contra el Alcoholismo (1929), *Salud para las Américas* (1943-1950), y la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo iniciada en 1957. Estas campañas utilizaron el cine como un novedoso instrumento de educación higiénica, fomentando la exhibición de películas estadounidenses e incentivando la producción nacional. Con excepción de la antialcohólica, que será abordada a través de la propaganda gráfica impresa en *El Sembrador* y *El Maestro Rural*, de las demás campañas analizaremos las películas que proyectaron.¹

Particularmente el binomio campañas sanitarias–cine tiene una dimensión social y cultural poco estudiada en México y que en esta tesis vamos a explorar. A diferencia de la historia del cine de ficción –que ha merecido la atención por parte de historiadores y cineastas- la del cine de educación higiénica 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/o de la medicina. Una causa había sido la dificultad para localizar las películas en buen estado de conservación.² Pero otra razón de índole metodológica es el escepticismo que hubo hacia

¹ La causa por la cual en esta tesis no incluimos referencias a películas antialcohólicas es que no logramos conseguir copias. Existen películas mexicanas como *Atavismo* (1921) de Gustavo Sáenz de Sicilia y *Abismo* o *Náufragos de la vida* (1931) de Salvador Pruneda, cuyo título aparece como parte del *stock* de películas que el Departamento de Salubridad Pública reportó en 1932, que probablemente fueron utilizadas en la Campaña Nacional contra el Alcoholismo de 1929. Desafortunadamente la Filmoteca de la UNAM no conserva copias por lo que su búsqueda habrá que realizarla en la Cineteca Nacional con la finalidad de que en una futura versión publicable de esta tesis, se incorpore este material. Sobre cita de *Abismo*, véase HERRERA LEÓN, 2008, p 246.

² Para el caso mexicano, después de varios intentos localicé las películas que aparecían citadas en los informes de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda. A mediados del 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 este material solamente se tenía un listado con títulos tentativos. Afortunadamente, en noviembre del 2006, las películas pasaron a la Filmoteca de la UNAM y desde esa fecha inicié un enriquecedor período de catalogación en el que vi y clasifiqué más de 200 documentales nacionales y extranjeros. Actualmente estoy realizando el catálogo temático de ese material. Es pertinente mencionar que existen cinco cortometrajes realizados en los años setenta que trataron el tema del alcoholismo y sus

las imágenes en movimiento como fuente para la historia. Piere Sorlin reconoció la reticencia de los historiadores de los años sesenta por ver en las imágenes una fuente para la historia;³ 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, las películas sí narran historias que, aunque inventadas, ofrecen referentes culturales de la época y sociedad que representan. No perdamos de vista que el cine, para seducir, inventa y sería ingenuo negar la importancia de la imagen en el mundo actual.

La riqueza analítica de un filme no sólo radica en su dimensión estética, sino en su potencial social y cultural, es decir, nos muestra formas de vida, de pensamiento, conducta e ideologías que permiten al espectador un acercamiento socio- histórico del momento o personaje representado en pantalla. Así se explica que el análisis no considere necesariamente al conjunto de la obra, sino que puede basarse en fragmentos o en series.⁴ Dado que las películas son textos inteligibles que pueden ser descifrados, como cualquier fuente escrita, es el historiador quien construye el problema con sus preguntas.⁵ Por lo anterior, la calidad del material cinematográfico encontrado para elaborar esta tesis 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”.⁶

Este vacío historiográfico y la importancia analítica de la propaganda como un instrumento de persuasión, motivó mi interés por conocer y analizar esas formas habladas, escritas y actuadas para aconsejar a un público –al que generalmente la propaganda

afecciones físicas, sociales y “morales”, pero por el evidente desfase cronológico con el marco que aquí manejamos, es que no se incluyeron en esta tesis.

³ SORLIN, 2005, p. 31

⁴ FERRO, 2000, p. 39.

⁵ TUÑÓN, 2001, p. 341.

⁶ FERRO, 2000, *Op cit*, p. 27.

consideró ingenuo y atrasado- que ser limpio, lavarse las manos, vacunarse, usar zapatos, ser cuidadoso (a) en su vida sexual, aplicar insecticidas y tomar a tiempo sus medicinas, les beneficiaría enormemente en su vida diaria y en la de sus descendientes. Tras esta variedad de mensajes aparentemente ingenuos, benévolos y paternalistas plasmados en la propaganda sanitaria, subyace un discurso oficial que formaba parte del proyecto de Estado moderno gestado en los diferentes gobiernos desde Álvaro Obregón hasta Adolfo Ruiz Cortines.

En consecuencia con este planteamiento y en aras de una historia social y cultural de la salud pública mexicana, el objetivo central de esta tesis es demostrar que la propaganda sanitaria además de haber sido un instrumento, fue el espacio donde convergieron múltiples actores y esfuerzos para un reforzar un proyecto médico-cultural modernizador, persuasivo e incluyente, pero también coercitivo. Dicho proyecto fue orquestado por el Estado nacionalista y paternalista que usó la propaganda no sólo para acrecentar el valor de las campañas sanitarias, sino para fortalecer su imagen como un Estado preocupado por la salud de sus ciudadanos, en un momento 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 como una lente para explorar cómo trabajó el Estado en materia de salud pública.

Para alcanzar el objetivo principal es necesario responder las siguientes interrogantes: ¿cómo 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 los mexicanos 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 país? y ¿qué beneficios obtuvo el Estado como promotor de las campañas y diseñador de las estrategias de propaganda y educación higiénica?. Para buscar respuesta a lo anterior, empecemos por conocer cuál era el panorama epidemiológico del país entre 1925 y 1960. Esto nos permitirá ubicar la relevancia y eficacia que las campañas seleccionadas en esta tesis tuvieron para reducir los niveles de mortandad de la población nacional.

1. Salud en México 1925-1960.

Los *Boletines del Departamento de Salubridad* y las *Memorias* anuales en donde los jefes del Departamento o Secretarios de Salubridad resumieron 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 podemos 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 estas 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 bacteriología⁷ favorecieron el combate a la enfermedad y redujeron los índices de mortalidad entre la población.

⁷ 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. Se encuentra en el origen de muchas enfermedades y con 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 demuestra que las bacterias son el origen del mal de bazo, tuberculosis y cólera y alcanza grandes éxitos en la lucha contra las epidemias.

Como veremos líneas abajo, con campañas organizadas y la dotación de sueros y vacunas, fue posible enfrentar el variado cuadro epidemiológico prevaleciente en México en la década de 1920. Dicho cuadro estaba conformado por enfermedades como el paludismo, fiebre amarilla, tuberculosis, enfermedades venéreas, unciniariasis, tifoidea, enfermedades gastrointestinales y oncocercosis, entre otras; sin perder de vista, que muchas de ellas, por su carácter endémico, se mantuvieron antes de su erradicación, como la viruela en 1951, intermitentes a lo largo de este período. Otras enfermedades como el mal de pinto, la brucelosis y el sarampión, aparecieron en el cuadro epidemiológico nacional de forma más persistente hacia la década de 1930 y otras más como el cáncer, la poliometitis y el bocio, lo hicieron en las décadas de los cuarentas y cincuentas.

Con base en los intereses de esta tesis, lo que exponemos a continuación se relaciona únicamente con dos de las diferentes enfermedades cuyas campañas analizamos en esta investigación: sífilis y paludismo. También incluimos la viruela porque hacemos mención a ella como una de las enfermedades combatidas por la campaña *Salud para las Américas*. Presentamos cifras que muestran el gradual descenso registrado en los índices de mortalidad relacionadas con estas enfermedades y buscamos dejar en claro que la persistencia de las campañas propiciaron estos logros. Sin embargo, no debemos eludir que a pesar de que las cifras muestran una innegable reducción de la enfermedad, no necesariamente estamos hablando de una mejora en la calidad de vida 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 lo sería el suministro de agua potable o el uso de letrinas para evitar enfermedades gastrointestinales, nos lleva a plantearnos dos preguntas. La primera es de qué manera las desigualdades sociales, económicas, sanitarias y materiales que marcaron la vida de amplios sectores de la población nacional, retrasaron el impacto de

la atención médica y sanitaria para la disminución de las enfermedades. La segunda, de qué manera el Estado y las autoridades sanitarias buscaron alternativas para hacer de esas carencias materiales, elementos útiles para sus fines epidemiológicos.

1.1 De enfermedades y números

Desde inicios de la década de 1920, al control de enfermedades epidémicas y endémicas se unió un arduo trabajo de higienización colectiva de la sociedad. Ambas acciones estuvieron reforzadas con la consolidación de la inmunología y la bacteriología porque ambas disciplinas “transformaron la dirección y modo de operar de las políticas sanitarias en el nivel internacional al alentar la puesta en marcha de estrategias defensivas, y ofensivas, que otorgaron a la medicina de laboratorio un protagonismo sin igual.”⁸ Una vez que se logró identificar los gérmenes y bacterias que causaban diferentes enfermedades, el desarrollo de sueros y vacunas favoreció enormemente la tarea de liberar al cuerpo de dolencias. Sin embargo, a partir de estos hallazgos científicos, el combate a la enfermedad dejó al descubierto que los riesgos para la salud pública no solamente estaban en aquellos individuos con enfermedades infecto-contagiosas confirmadas sino también en aquellos aparentemente sanos. Claudia Agostoni sostiene que esta nueva e inquietante modalidad de riesgo fue muy importante para justificar los diversos programas de salud pública con una marcada orientación bacteriológica tanto en el nivel internacional, como en el nacional. Además, sostiene la autora, ésta fue una de las características que marcó la diferencia entre las campañas que emprendieron las autoridades sanitarias mexicanas de la década de 1920 con las realizadas hasta ese momento.⁹

⁸ AGOSTONI, 2008, p. 287.

⁹ *Ibidem*, p. 288

Bajo la dirección del médico José María Rodríguez al frente del Departamento de Salubridad en 1917 y el trabajo de sus subsecuentes colegas como Gabriel Malda, Bernardo Gástelum, Aquilino Villanueva y José Siurob, entre otros, combatir las enfermedades fue una prioridad que, aparte de requerir de las campañas sanitarias, trajo consigo la reorganización de centros de investigación adecuados. Tal es el caso del Instituto de Higiene que en 1921 sustituyó al porfiriano Instituto Bacteriológico Nacional, que estudiaba las enfermedades infecciosas en su relación con la bacteriología y la elaboración de vacunas y sueros para prevenirlas y curarlas. Al decir de Álvarez Amézquita, en 1926 el Departamento disponía de “todos los sueros y vacunas necesarias, de buena calidad y en cantidad suficiente para atender las necesidades del país”.¹⁰

Por ejemplo, para combatir la viruela, las campañas de vacunación fueron continuas. La aplicación de la vacuna anti variolosa fue constante desde el porfiriato y en 1903 se buscó implementar su obligatoriedad, pero fue entre 1920 y 1940 cuando las tareas se intensificaron. En 1925 se expidió el *Reglamento impreso sobre vacunación y revacunación de la viruela* que estipulaba la incuestionable obligatoriedad de la vacuna a los recién nacidos, adultos, ancianos e inmigrantes que llegaban al país.¹¹ Todos los vacunados debían hacerlo nuevamente cinco años después de haber recibido la primera dosis. Los códigos sanitarios de 1926 y 1934 reforzaron este reglamento y en cada uno de estos documentos estuvo la impronta de las autoridades que esperaban que la aplicación sistemática de la vacuna trajera los beneficios suficientes para aspirar a erradicar la enfermedad del terreno nacional. Parecía no haber problema por la provisión de linfa anti-variólica porque, según los informes del DSP, el Instituto de Higiene suministraba vacunas

¹⁰ ÁLVAREZ AMÉZQUITA, 1960, tomo 2, p. 272.

¹¹ Véase copia en AHSEP, Fondo Psicopedagogía e Higiene, caja 5126, fólder 23-1-3-6 III 401 (43-7), f 4.

en cantidades suficientes para que la campaña fuese permanente. Claudia Agostoni sostiene que tan sólo entre 1935 y 1936 se aplicaron seis millones de dosis de vacuna.¹²

La mortalidad por viruela en 1922 afectó a 11,906 habitantes y alcanzó una cifra mayor al año siguiente: 13,074. En 1930 y 1931 llegó a los niveles más altos: 17, 405 y 15,006, respectivamente. Después de 1934 el índice estuvo gradualmente a la baja, hasta llegar a tan solamente 9 casos en 1951 y a 0 casos en 1952, año en que se confirmó que estaba erradicada del país.¹³ Como se puede apreciar, entre 1922 y 1951 las cifras de mortalidad por viruela en el nivel nacional disminuyeron de manera constante al extenderse la práctica de la vacunación. Una vez que fue declarada “erradicada” del país, las campañas de vacunación se mantuvieron activas y hacia 1961 se informaba que habían sido vacunadas o revacunadas cinco millones y medio de personas y que el Instituto de Higiene había preparado 11.586, 261 dosis de linfa vacunal.¹⁴

Para combatir otras enfermedades como las venéreas y el paludismo -temas de los capítulos tres y cinco respectivamente- las medidas empleadas fueron diferentes a la aplicación de una vacuna pero igualmente combatidas durante años. Como vemos en el siguiente cuadro, el porcentaje de enfermos de sífilis que murieron entre 1916 y 1925 aumentó gradualmente de 195 a 368 y con estas cifras el doctor Bernardo Gastélum¹⁵ buscó justificar la puesta en marcha de una gran campaña nacional.

¹² Un sugerente artículo es el de Claudia Agostoni quien analiza los procesos intimidatorios y el miedo a la vacuna, tanto de los vacunadores al aplicarla como de la gente al recibirla. AGOSTONI, *Entre la persuasión, la compulsión y el temor...* 2008a, versión mecanuscrita, p. 16. Agradezco a la autora que me facilitó una copia de su texto.

¹³ GARCÍA SÁNCHEZ, 1992, vol. 34, no. 5. Sobre erradicación de la viruela, véase ÁLVAREZ AMÉZQUITA, 1960.

¹⁴ ÁLVAREZ AMÉZQUITA, *Op cit*, p. 609.

¹⁵ 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 primero de diciembre de ese año, el Gral. 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

Año	Defunciones en el nivel nacional. Causas s/ definir	Defunciones por sífilis	Porcentaje
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: Boletín, no.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 Publica en Washington DC. pp, 15-18.

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, tal y como lo veremos en el capítulo tercero, afirmaba que el 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 sifilítica 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.”¹⁶

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 Monterubio, quien lo sucedió en el cargo, asesoraron al doctor Gastélum en la elaboración del Código Sanitario de 1926. Véase BUSTAMANTE, 1996, pp. 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.

¹⁶ GASTÉLUM, 1926, *Op cit*, p. 17.

En 1940 se estableció el *Reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas*¹⁷ promulgado por el presidente Lázaro Cárdenas en el cual se establecieron los requisitos que los médicos debían cumplir para que sus informes a los servicios de salubridad sobre enfermos venéreos, estuviesen completos. También se recordaba que el derecho de los pacientes era recibir atención médica hasta el momento en que estuvieran curados. Se estipuló también que el objetivo principal de la campaña era crear más dispensarios y hospitales suficientes para los servicios antivenéreos.

A los tres años de promulgado el Reglamento (1943), la tasa de sífilis fue de 233 x 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.¹⁸ Debido a que en un inicio la penicilina fue altamente publicitada, era cara 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 cincuentas se llegó a pensar que se controlaría de manera satisfactoria. Hacia 1948 la tasa de mortalidad por sífilis fluctuaba alrededor de 12 defunciones x 100,000 habitantes. Las medidas educativas y profilácticas se mantuvieron a lo largo del período aquí estudiado y el doctor Jesús Kumate sostiene que

¹⁷ Véase copia en ÁLVAREZ AMÉZQUITA, 1960, *Op. cit.*

¹⁸ 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 motivo se logra una baja de los coeficientes de morboletalidad de los mismos. Véase ÁLVAREZ AMÉZQUITA, *Op. cit.*, 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.

aunque la morbilidad por venéreas en México ha sido mal conocida, es fundamental reconocer su gradual disminución.¹⁹

Por su parte, el combate al paludismo a través de las tempranas campañas antilarvarias se incrementó con los años y con la participación de compañías petroleras particulares que estaban establecidas en zonas palúdicas. Entre 1922 y 1929 esta enfermedad era la segunda causa de muerte en el nivel nacional. Según el promedio del Departamento de Estadística Nacional, la mortalidad por fiebre y caxequia palúdica era de 14.17 por cada 10,000 habitantes, lo cual hizo que el problema palúdico fuera considerado como uno “muy serio” en la República. En 1924 sólo existían seis servicios antilarvarios en todo el país y en 1928 habían aumentado a 19 y se habían instalado en Tampico, Veracruz, Puerto México, Campeche, Ciudad del Carmen, Mérida, Progreso, Salina Cruz, Manzanillo, Los Mochis, El Dorado, Navolato, Cerro Azul, Las Matillas y en la refinería de la Compañía de Petróleo El Águila.²⁰

Como veremos en el capítulo cinco, las campañas antipalúdicas a lo largo de los 35 años que estudia esta tesis, no dieron tregua. Cada década anunciaba con bombo y platillo el inicio de una nueva campaña y los médicos del Instituto de Enfermedades Tropicales, fundado en 1939, dedicaron tiempo a investigar los casos de paludismo en México. Finalmente todas las campañas nacionales y locales se materializaron en la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo puesta en marcha en 1957, la cual respondió a intereses sanitarios de nivel internacional y trajo consigo la novedad: el uso de insecticidas como el DDT y el Dieldrín. La constancia de los años anteriores a 1957 explica que la incidencia de esta enfermedad como causa de muerte en el nivel nacional fuera

¹⁹ KUMATE, 1977, p. 228

²⁰ GASTÉLUM, *Memoria de Trabajo*, 1928, p. III.

gradualmente bajando. Entre 1930 y 1949 ocupó el tercer lugar. De 1950 a 1953, el cuarto. De 1954 a 1958, en el período en que se puso en marcha la campaña de erradicación, ocupaba el quinto lugar. En 1959 bajó a noveno y en 1960 finalmente desapareció de entre las 10 primeras causas de muerte en el país.²¹

El siguiente cuadro nos muestra la tendencia de mortalidad ocasionada por diferentes enfermedades infecciosas y transmisibles a lo largo del período de estudio de esta tesis. De allí podemos constatar que la mortalidad por viruela alcanzó su nivel mayor en la década de 1930 lo cual justifica esas seis millones de vacunas que cita Agostoni, aplicadas entre 1935 y 1936, y que hacia la década de 1940 disminuyeron considerablemente la tendencia de mortalidad por esa enfermedad. Llama la atención que en el caso de la sífilis, tres años después de iniciada la campaña nacional, el índice de mortalidad había aumentado en comparación con la década de 1920 y hacia los cuarentas se había duplicado, lo cual pone en duda la eficacia de la campaña porque se hace evidente que después de 1940 el uso de la penicilina propició que la mortalidad a causa de esta enfermedad bajara y trajera mejores resultados numéricos.

Finalmente, la tendencia de mortalidad ocasionada por el paludismo, a pesar de la constancia de las campañas antilarvarias, no empezó a bajar sino hasta la década de 1940, lo cual debe coincidir con el uso del DDT y el Dieldrín que se consolidó en 1957. Como veremos en el capítulo cinco, hacia 1960 la campaña se encontraba en su segunda fase y aunque los números anuncian una baja mayor en ese año, aún no podía hablarse de otra enfermedad erradicada del territorio nacional.

²¹ KUMATE, 1977, *Op, cit*, p. 233.

Tendencias de la mortalidad por causas infecciosas y enfermedades transmisibles en México.

Enfermedad	1922	1930	1940	1950	1960
Poliomelitis		0.2	0.5	0.5	0.6
Sarampión	15.0	92.7	91.2	29.8	7.5
Tétanos	11.0	14.2	12.0	8.2	7.5
Tos ferina	93.2	112.3	42.4	46.1	13.6
Difteria	7.5	5.4	5.4	2.1	1.3
Tuberculosis	67.7	61.5	47.9	35.8	23.6
Viruela	82.7	105.1	6.8	0.6	0.0
Rabia	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
Gastroenteritis	346.7	460.0	491.0	281.0	172.0
Neumonías	298.3	351.4	356.3	255.0	141.10
Influenza	501.0	23.9	25.1	16.2	21.2
Sífilis	9.9	11.3	19.2	4.2	1.9
Paludismo	173.1	164.6	121.7	89.2	20.2
Fiebre Tifoidea	33.1	23.9	27.3	15.4	7.5
Brucelosis		0.1	1.0	0.9	0.5
Tifo	4.6	5.4	3.1	2.8	0.4

(Fragmento) Reproducido de *Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX*, 2000, INSP, p. 126

Recordemos que la posibilidad de identificar las bacterias que ocasionaban ciertas enfermedades puso en alerta a las autoridades sanitarias sobre el hecho de que los riesgos para la salud pública ya no estaban solamente en los individuos enfermos, sino también en los sanos. Con base en este argumento es necesario traer a escena una práctica ineludible y complementaria a la práctica médico- bacteriológica. Me refiero a la *prevención* como el método utilizado para sensibilizar a la gente. Esa tarea se convirtió en el eje rector de las políticas sanitarias de 1920 en adelante y para ponerla en marcha hubo que diseñar estrategias de educación higiénica que incluyeron la construcción de un discurso que fuera capaz de persuadir a la población sana para tomar medidas preventivas. Se trató de un discurso que no estuvo exento de tintes autoritarios y coercitivos. De este modo, la conjunción entre epidemiología y prevención reforzaría el trabajo sanitario iniciado en México durante la década de los veinte.

Ya lo decía el doctor Gastelum en 1928:

La persuasión ha sido una de las mejores armas que se ha podido esgrimir en las campañas contra determinadas dolencias que antes eran consideradas como plagas y que ahora se van extinguiendo poco a poco a medida que el convencimiento gana las conciencias y la advertencia del peligro las sorprende.²²

De educación higiénica y formas de *persuasión* hablaremos *in extensa* en los próximos cinco capítulos.

2. Dos justificaciones. Desde las campañas y desde el cine.

1. La primera línea de análisis que seguiré en esta tesis se refiere al proceso de organización y desarrollo de las cuatro campañas seleccionadas, esto es, la antivenérea, anti alcohol, *Salud para las Américas* y Erradicación del paludismo. Mi aproximación a su estudio será desde la óptica de la historia socio-cultural, haciendo énfasis en los instrumentos pedagógicos empleados para enseñar a la población a prevenirse de estas 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. Como ya se mencionó, cuando se decidió combatir la sífilis en 1927, su promotor, el doctor Bernardo Gastélum, afirmaba que el 60% de la población padecía esta enfermedad. Por su parte, el alcoholismo seguía siendo un grave problema de salud pública que había que tratar también como una enfermedad de la voluntad. Para combatirlo, los intentos decimonónicos no habían sido suficientes y las secuelas del movimiento armado de 1910 aunadas a la situación sanitaria del país en 1929 desdibujaron los esfuerzos anteriores y favorecieron, por ejemplo, el consumo del pulque a falta de agua potable. Por su parte, la

²² GASTÉLUM, 1928, *Op. cit.*, p. 17.

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 estimaba que los casos anuales de esta enfermedad llegaban a los dos millones de personas. Cifra cuestionada por diferentes autores.²³

La segunda causa es que respondieron a un contexto político-sanitario internacional al que México no fue ajeno. Las campañas cuyo diseño y puesta en marcha tuvieron una relación directa con el contexto político-sanitario internacional son *Salud para las Américas* y la Nacional de Erradicación del Paludismo. Ambas se realizaron en dos momentos de gran trascendencia política. La primera de ellas surgió en el contexto de la Segunda Guerra Mundial cuando los Estados Unidos promovieron 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 al poco tiempo de terminada la Segunda Guerra Mundial, marcó el contexto del proceso de erradicación del paludismo en el nivel internacional. 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 a la propuesta sanitaria mundial de la erradicación.

²³ BIRNE, CUETO, DANTE. Véase bibliografía.

Finalmente, la tercera causa tiene que ver con que la propuesta de educación higiénica de estas campañas se basó en el uso del cine como un instrumento masivo del que sus promotores esperaron resultados de mayor impacto entre la población. Ya se mencionó que con excepción de copias de *filmes* para la campaña anti-alcohol, conseguimos copias de películas utilizadas en las otras tres campañas.

2. La segunda línea de análisis examinará el contenido de dos instrumentos: literatura y cine empleados en las campañas mencionadas. Del primero tomaremos como base el periódico *El Sembrador* y la revista *El Maestro Rural* para analizar los contenidos y algunos dibujos representativos de los consejos en contra del alcoholismo; es decir, aquellos textos en los que predominó la idea de que la *regeneración* de los campesinos dependía en gran medida de su capacidad para asimilar los consejos sanitarios que se les ofrecía. También haremos referencia a la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo ya que, como parte de su programa de educación higiénica, circularon *Boletines* regionales en los que se publicaron corridos y poemas alusivos a la campaña además de los informes de los dos personajes centrales de ésta: el rociador y el notificante, figuras que surgieron con esta campaña y que tuvieron mayor contacto con la gente. En ambos trabajadores recayó la responsabilidad de enlace entre la campaña y las comunidades. El rociador distribuía el DDT y el notificante se acercaba con la gente para persuadirla a colaborar con la campaña.

Con respecto al cine, la causa que motivó la selección de estas campañas fue lo atractivo de su cartelera cinematográfica y la novedad del uso de películas en sus programas de educación higiénica. Ante la falta de películas mexicanas de finales de los años veinte y principios de los treinta, la campaña contra las enfermedades venéreas proyectó tres extranjeras. Aquí se analizará el largometraje silente producido en 1919 por la

Armada y el Departamento de Salud de los Estados Unidos llamado *The End of the Road* y traducido en México como *Al final del Camino*. Fue hasta la década de los cincuentas cuando se produjo el documental mexicano titulado *Reconquista*, del cual también analizaremos su contenido. Para *Salud para las Américas* se diseñó una gran cartelera que contó con el apoyo bastante atractivo del director Walt Disney²⁴, el fotógrafo Herbert Knapp y el productor Jack Chertok.²⁵ El primero dirigió trece cortometrajes sobre salud, de los cuales analizaremos los titulados *The Winged Scourge*, *Water: friend or enemy*, *Defense against invasion*, *How Disease travels?*, *Cleanliness brings Health e infant Care*.²⁶ De la dupla Knapp-Chertok tenemos copias de *La viruela*, *La Disenteria* y *La Tifoidea* filmadas en México entre 1945 y 1946.²⁷ Finalmente, la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo (CNEP) iniciada en 1957 inspiró la realización de tres cortometrajes. El primero se titula *Guerra al Paludismo* y fue realizado por el fotógrafo alemán Walter Reuter.²⁸ Los

²⁴ *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 EUA trabajó como diseñador publicitario en Kansas City en donde conoció al ilustrador alemán Ubbe Iwerks que se habría de convertir en pilar de su imperio. Véase FONTE Y MATAY, 2000.

²⁵ 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 OIAA. Sobre la trayectoria de Herbert Knapp no se localizó información.

²⁶ Se tradujeron al español como “La peste alada”, “Agua: amiga o enemiga”, “La defensa contra la invasión”, “Cómo viaja la enfermedad?”, “La limpieza trae salud” y “El cuidado del niño”.

²⁷ Copias de otros nueve cortometrajes producidos por Jack Chertok y tres de Walt Disney, se encuentran en el acervo filmográfico de la Fundación Osvaldo Cruz, en Río de Janeiro. Las copias brasileñas y las que analizaremos en el capítulo cuarto –que se encuentran en resguardo de la Filmoteca Nacional de la UNAM– completan la filmografía promovida por la Oficina de Asuntos Interamericanos en América Latina, en la década de los cuarenta, y ofrecen la posibilidad de ampliar en un futuro, la investigación y análisis de la cartelera cinematográfica de la OIAA.

²⁸ 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 asentada en la ciudad y después como colaborador de periódicos y revistas. Su labor como foto –reportero la desempeñó en las revistas *Hoy*, *Nosotros* y *Siempre*. Su trayectoria filmográfica 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.

otros dos son *Cruzada Heroica* dirigido por Francisco del Villar²⁹ y *Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo* de director desconocido. Ambos fueron producidos por la Lotería Nacional para la Asistencia Pública y distribuidos por la Secretaría de Salud.

Las copias de *Al final del camino* y cinco de las seis seleccionadas de Walt Disney fueron localizadas en la Biblioteca del Congreso en Washington, DC. *Infant care* de Disney, las películas de Knapp y Chertok y las del combate al paludismo se localizaron en el acervo filmográfico del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud que se encuentra en la Filmoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México.

3. El escenario.

¿Cómo delimitar un espacio geográfico cuando la condición de trashumancia de las campañas, del espectáculo cinematográfico y de la distribución de la literatura para campesinos abarcó una buena parte del país? El carácter nacional de las campañas que aquí se analizarán, nos ubican en ese amplio espacio geográfico difícil de conglomerar.

Por ejemplo, el programa de la campaña antivenérea de 1927 mostró que *Al final del camino* se exhibió en todo el país porque al anunciarse el cine como una de las novedades de la campaña, era de esperarse que las películas se proyectaran con base en el itinerario de la misma. Esto significó que en cada estado de la República Mexicana por donde pasó la campaña, se proyectaron las películas. 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

²⁹ 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. Es importante destacar que 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.

norte del país; sobre todo en las ciudades y pueblos por los que pasaría la carretera panamericana. Ejemplos concretos son los estados de Jalisco, Michoacán, Guanajuato y Estado de México donde hubo presencia de este programa y en consecuencia, la proyección de las películas de Walt Disney. En esta tesis solamente destacamos las actividades que este programa realizó en Xochimilco (cd. 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 organizaron programas para introducir al espectador en el espectáculo del cine; es decir, se diseñaron las estrategias para proyectar a la gente las películas que se exhibieron tanto allí como en los pueblos de la Cuenca.

Por último, los documentales sobre la erradicación del paludismo tuvieron una distribución de mayor alcance porque, en principio, se distribuyeron en cada una de las catorce zonas “palúdicas” en las que se dividió el país para llevar a cabo la campaña. 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 les enviaran copias de este material.³⁰

Por lo anterior, el intento para establecer un marco espacial delimitado por regiones geográficas delimitadas se desdibuja al constatar que las películas y revistas no tuvieron un área específica de distribución y exhibición. Para compensar esta situación propongo analizar los pormenores suscitados en el espacio particular en el que éstas se presentaron que, sin duda, nos dirige hacia el ámbito de lo rural.

³⁰ En 1969 por intermediación de la Secretaría de Relaciones Exteriores se enviaron a Guatemala copias de la película sobre el combate al paludismo *Cruzada Heroica* para regalo de los ministros. En: SSA, CNEP, caja 9, exp. 1 1962 -1978. Con base en la catalogación del acervo filmográfico del AHSSA fue posible confirmar que el intercambio de películas con países de Centro y Sud América fue una práctica frecuente. Por lo tanto no es extraño que la afluencia del cine mexicano sanitario también se diera.

4. Hipótesis

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 los recursos de los individuos a quienes se aconsejó, que no vieran en la pobreza un impedimento para la práctica higiénica y sanitaria. A lo largo de las décadas de 1920 y 1930, la propaganda trató de hacerlos descubrir 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. Por eso, lo que se promovió en un primer momento fue mejorar las condiciones existentes. Así, una de las hipótesis que se busca demostrar con esta tesis es que la propaganda de salud, si bien representó al Estado mexicano como el regulador de la vida sanitaria de los individuos, no lo comprometió a mejorar las condiciones materiales de vida de la población. Esto nos habla de la auto-percepción del Estado 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.

Hacia la década de 1940 y 1950 podemos delinear un segundo momento de la propaganda sanitaria en la que el cine fue su principal portavoz. Por un lado, mostró con sus películas a individuos atrasados e ignorantes de los hábitos higiénicos más elementales para llevar una vida digna y saludable. Por el otro, mostró que ese mismo sujeto podía ser un individuo redimible capaz de salvarse de la ignominia de la suciedad y la enfermedad. Esta doble percepción trajo por resultado un discurso persuasivo, coercitivo y racista hacia el mismo sujeto receptor, así como la construcción de estereotipos en torno a la figura de los 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. Para este momento, el Estado ya aparece como un benefactor con capacidad de organizar monumentales campañas para la población.

5. Balance historiográfico.

¿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 al 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?.

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.³¹ 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.

³¹ 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 greco romanas sobre la salud, hacia la era más moderna de las revoluciones política e industriales y la revolución de los movimientos sanitarios y de salud pública de los siglos XIX y XX.

A partir de la década de 1970 aumentó el interés por conocer el impacto y las percepciones de la enfermedad, el devenir de la salud pública colectiva e individual, y el de las políticas sociales ligadas a ésta.³² 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 objetos de estudio que conforman un mosaico multitemático en el que conviven, entre otros, la historia urbana, la historia de la educación, la de las instituciones de salud y la historia social de la medicina. En conjunto, estas variables ofrecen la posibilidad de abordar temas como el impacto de los programas de salud pública en las comunidades, la relación entre la medicina y la salud pública, la promoción de campañas sanitarias, el discurso empleado por médicos, legos y las propias autoridades oficiales en la construcción de mecanismos de enseñanza, de medidas preventivas y modificación de hábitos de higiene, etcétera.

El historiador Marcos Cueto ha realizado un seguimiento de las investigaciones relacionadas con la historia de la salud pública y su interacción en las sociedades latinoamericanas y señala que “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”.³³ Ejemplo de esto es el estudio del impacto de los programas de salud pública en las diferentes comunidades urbanas y rurales. Al decir de Cueto, en los últimos años la mayoría de los estudios sobre historia de la salud en la región han dirigido su atención a

³² CUETO, 1996, p. 10

³³ 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.

analizar las posibilidades de resistencia por parte de quienes reciben las acciones diseñadas por las políticas de salud dictadas por el Estado.³⁴ Por su parte, desde la clásica división temática: historia de la medicina, de la salud pública y la socio-cultural de la enfermedad, el historiador Diego Armus, ofrece un atractivo esquema historiográfico sobre lo que él llama las “nuevas” formas para aproximarse a la historia de la enfermedad y su relación con la sociedad. Indica que el acercamiento socio-cultural ofrece no sólo la posibilidad de estudiar la medicina, la salud pública y/o la enfermedad como problema, sino como excusa o recurso para discutir otros tópicos entre los que se insertan las campañas de salud y los programas de educación higiénica que interesan a esta investigación.³⁵

La historiografía dedicada al tema de la salud pública mexicana en la primera mitad del siglo XX ha sido producto principalmente de tres grupos académicos: el de los médicos, los historiadores y los antropólogos. Cada uno de ellos ha abordado el tema desde diferentes perspectivas de estudio que han enfatizado, en el caso de los primeros, un acercamiento a los avances científicos de la medicina y su aplicación a la comunidad. Lo más representativo son los trabajos de los médicos José Álvarez Amézquita, *Historia de la salubridad y de la Asistencia en México* y Miguel Bustamante, *La salud pública en México 1959-1982*. Ambos trabajos son un recuento histórico e institucional de la salud pública en México y consisten en investigaciones realizadas con base en la experiencia laboral de sus autores en el campo de la medicina y la organización de políticas de salud nacionales, así como en los informes y Memorias del Departamento de Salubridad Pública. Son estudios cuyo matiz, más descriptivo que analítico, presenta una visión triunfalista e institucional de la historia de la medicina y de las políticas de salud pública a lo largo de la primera mitad

³⁴ CUETO, 1996, p. 26

³⁵ ARMUS, 2007.

del siglo XX. A continuación presento un balance historiográfico seleccionado, organizado en cinco apartados temáticos en los que aparecen intercalados trabajos de médicos, historiadores y antropólogos indistintamente.

a. Presencia estadounidense en México

Sin lugar a dudas, un tema central en el estudio de la historia de la salud pública mexicana es la participación de la Fundación Rockefeller, en tres ámbitos bien definidos: la organización de campañas sanitarias, el establecimiento de servicios permanentes de salud y la educación sanitaria. Los historiadores Armando Solórzano³⁶ y Anne Emanuelle Birn³⁷ presentan, con base en la revisión directa de los archivos que resguarda la Fundación Rockefeller, los antecedentes políticos y sociales de la llegada de sus representantes a México y el desarrollo de las dos campañas sanitarias que encabezaron: fiebre amarilla (1921-1923) y uncinariasis (1924-1929). Ambos autores afirman que los trabajos realizados por la Fundación representaron un modelo médico-sanitario y educativo que fue seguido por las autoridades sanitarias mexicanas a partir de 1921 y durante las siguientes décadas. Birn analiza a profundidad el desarrollo de la campaña contra la uncinariasis en México y aborda algunos aspectos generales de la forma como la población interactuó con los médicos de la Fundación, adentrándose así al tema, poco tratado, de la recepción de las campañas de salud.

³⁶ SOLÓRZANO, 1997.

³⁷ BIRN, 1993, *Local Health and Foreign Wealth: The Rockefeller Foundations. Public Health Programs in Mexico 1924-195*, BIRN, 1995, “¿El pasado como presagio? México, la salud pública y la Fundación Rockefeller”; BIRN, 1996, “Las Unidades Sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México”; BIRN, 2003, “Revolution, the Scatological Way. The Rockefellers Foundation. Hookworm campaign in 1920s Mexico” Véase bibliografía.

b. Servicios de salud en comunidades rurales.

Con respecto a los estudios sobre salud pública en el ámbito rural mexicano del siglo XX, el trabajo de Miguel Bustamante, *La Coordinación de Servicios Sanitarios como factor de progreso en México* (1934), es el primero en abordar de manera puntual las carencias sanitarias y de servicios de salud en las comunidades campesinas del país. El autor comienza por manifestar la preocupación de las autoridades sanitarias de los años treinta por extender los beneficios de la higiene a todos los municipios del país. Después pone de manifiesto la necesidad de trabajar en las comunidades rurales de manera sistemática y concluye afirmando que la falta de médicos y personal capacitado es una de las causas del atraso en que se encuentran las comunidades rurales en materia de servicios de salud. En la misma dirección apunta la obra de José Ángel Ceniceros, *El problema social de la Insalubridad* (1936). El autor dirige su mirada a los maestros rurales y reconoce su labor educativa en el campo de la educación higiénica, así como su colaboración con las autoridades sanitarias. Ceniceros aborda problemas sociales como la pobreza, el desabasto de agua potable y la falta de educación, como causales de la insalubridad que prevalecía en el campo mexicano. Más recientemente, Héctor Hernández Lamas compiló una serie de artículos que por una parte tratan directamente de la insuficiencia de servicios médicos rurales y su consecuencia: el atraso sanitario en las comunidades y una población altamente vulnerable a contraer enfermedades. Por la otra, analizan los diferentes programas institucionales diseñados para atender las necesidades sanitarias de la población rural mexicana en el siglo XX.³⁸ Con un enfoque regionalista, Ana María Kapeluz-Poppi³⁹

³⁸ HERNÁNDEZ LAMAS, 1980, *La Atención médica rural en México 1930-1980*

³⁹ KAPELUZ POPPI, 2001, "Physician Activists and the Development of Rural health in Postrevolutionary Mexico"; KAPELUZ POPPI, 2001, "Rural Health and State Construction in Postrevolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services". Véase, bibliografía.

analizó el proceso de conformación de los servicios de salud en la comunidad agraria de Zacapu, Michoacán, a finales de la década de los veinte y principio de los treinta. Esta autora destaca la colaboración de un grupo de médicos egresados del Colegio de San Nicolás, quienes se pronunciaron a favor del desarrollo de programas locales de atención sanitaria para la población campesina. Un acierto de su trabajo es que profundiza en el desempeño de un grupo de médicos llamado “Bloque de Médicos Revolucionarios”, cuyo objetivo central fue el de “socializar la medicina” con miras a reforzar los programas de salud permanentes entre la población rural.

c. Paludismo

El estudio del paludismo y sus formas de combate también ha sido un tema privilegiado por médicos; por ejemplo, un texto clásico es *Nociones de Malarología* (1936), del doctor Galo Soberón y Parra así como artículos científicos publicados en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* y en la *Gaceta Médica de México*. El énfasis de estos trabajos está puesto en los antecedentes de la enfermedad, las causas que la originan, las formas de contagio, su sintomatología, las medidas curativas y preventivas. Desde un enfoque social y cultural de los efectos del paludismo, su impacto en la población y el desarrollo de las campañas para su combate, destacan para el contexto latinoamericano los trabajos de los historiadores Saúl Franco y del ya mencionado Marcos Cueto⁴⁰. Ambos autores vinculan a la Fundación Rockefeller con las campañas antipalúdicas llevadas a cabo en Brasil y Perú y se refieren de manera general al caso mexicano. Con mayor detalle Héctor Gómez Dantés y la ya citada Anne Emanuelle Birn⁴¹, analizan la relación entre las campañas antipalúdicas

⁴⁰ FRANCO AGUDELO, 1990. CUETO, 1996, 2007. Véase Bibliografía.

⁴¹ GÓMEZ DANTÉS Y AE BIRN, 2000, 69-85.

en México realizadas a partir de los años cuarenta y su interacción con procesos económicos, urbanísticos, turísticos, de desarrollo rural y servicios sanitarios. Estos autores discuten el papel de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo como parte del programa de erradicación global encabezado por la Organización Mundial de la Salud a inicios de los cincuenta y hacen un balance económico y político de sus resultados. Por su parte Cueto condensa en su reciente libro *Cold War, Deadly fevers. Malaria Eradication in México 1955-1975*, años de trabajo dedicado al estudio del combate al paludismo. El contexto internacional que ofrece en este trabajo contribuye al entendimiento de los factores externos que idearon y respaldaron la campaña de erradicación mexicana, varias veces, como veremos más adelante, cuestionada por diferentes causas.

d. Campañas de salud, educación higiénica y propaganda

El tema de la educación higiénica inspiró a algunos médicos quienes, a partir de su propia experiencia en campo, publicaron artículos en el *Boletín del Departamento de Salubridad* y en la *Gaceta Médica de México*. Casi todos parten de la siguiente afirmación: no se concibe la eficiencia de las campañas de salud sin un adecuado programa de educación higiénica y propaganda. Por esto, algunos de ellos sugirieron que se produjera propaganda accesible para la mayoría de los receptores; otros analizaron el grado de interacción entre los agentes de salud (médico, maestro rural, ingeniero sanitario) y la comunidad. Sin embargo, la mayoría de ellos cuestionó la utilidad de la propaganda en el entorno de las comunidades rurales, caracterizadas por la pobreza de sus habitantes y la falta de educación. Para contrarrestar lo anterior, propusieron que era necesario “construir” mentalidades adecuadas que fueran capaces de recibir el mensaje de la propaganda; así como mecanismos

convenientes de difusión. Finalmente, todos coincidieron en que se debían planificar y actualizar constantemente los programas de educación higiénica.⁴²

En el terreno específico de las campañas sanitarias y sus programas de educación higiénica, nos encontramos con un campo historiográfico poco explorado que empieza a atraer la atención de los historiadores. Recientemente Ernesto Aréchiga publicó un sugerente artículo en donde estudia 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.⁴³ 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. Recientemente incursionó en el nada fácil tema de la resistencia de un sector de la población frente a una medida sanitaria implementada por el Estado tomando como caso de estudio la resistencia por parte de un grupo de madres de familia a la implantación de la vacuna Schick y Dick contra la difteria.⁴⁴ En otro artículo, Agostoni analiza el trabajo de las enfermeras visitadoras como promotoras de la salud pública e intermediarias entre las autoridades de salud y el público en general en materia de medicina preventiva.⁴⁵ Por su parte, Katherine Bliss, a través de un análisis sobre la prostitución en el período del cardenismo, se refiere de manera general a la propaganda

⁴² LANDA, Everardo, “La acción educativa del DSP”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1085-1094; ANDRADE Cayetano, “La importancia de la propaganda higiénica”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1113-1115; RUIZ MONTIEL, “¿Es de resultados prácticos la propaganda higiénica?”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1116-1117; GUERRAS, Alfonso “Automóvil: exposición higiénica ambulante para educación popular”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1141-1146; URUCHURTU, Gustavo “La labor de la educación higiénica en México” *BDSP*, No. 2, 1943, pp 309-330; RIVERA GONZÁLEZ, Manuel, “Procedimientos para impartir educación higiénica al público”, *BDSP*, no. 2, 1943, pp.99-103, entre otros.

⁴³ ARÉCHIGA, 2007, pp. 57-88.

⁴⁴ AGOSTONI, 2008.

⁴⁵ AGOSTONI, 2007.

impresa, radio y cine, como instrumentos de educación y difusión empleados en la Campaña Nacional Antivenérea de 1927.⁴⁶ El ya citado Diego Armus en su libro *La ciudad impura* hace una “historia total” de la tuberculosis en Buenos Aires entre 1870-1950. Allí plantea que para evitar el contagio de la enfermedad, se articuló un discurso preventivo y prescriptivo que permeó diferentes formas de propaganda entre los que destaca las letras de tangos, novelas y obras de teatro.⁴⁷

e. Cine.

El cine como fuente para la historia de la medicina, la salud y/o la enfermedad había sido hasta hace algunos años un tema escasamente trabajado por los historiadores. Lo que quizá es el mejor y más completo recuento histórico sobre la filmografía médica y de salud pública producida en Estados Unidos, desde finales del siglo XIX y hasta mediados del XX, es *A History of Motion Pictures in Medicine* realizado por el historiador Alfred Nichtenhauser en 1947. Desafortunadamente, este manuscrito no se publicó debido a que el autor murió en 1953, antes de concluirlo.⁴⁸ Por su parte Martin Pernick es autor de un detallado análisis sobre la película titulada *The Black Stork* (la cigüeña negra) y su papel como detonador de discusiones médicas y políticas en torno a la eugenesia y la eutanasia a principios del siglo XX. La película se convierte para este autor en un documento esencial para explicar las controversias médicas de la época y la fuerza ideológica del cine.⁴⁹

⁴⁶ BLISS, 1996.

⁴⁷ ARMUS, 2007, pp. 107-132

⁴⁸ Este trabajo lo realizó a petición de la *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 (NLM)*. NICHTENHAUSER, 1953.

⁴⁹ *The Black Stork* (La cigüeña negra) se inspiró en un caso real, el del niño Bollinger que 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 padres de familia con casos semejantes a visitar al médico que atendió a Bollinger. Para entonces la opinión pública lo llamaba el “mata-cigüeñas”. Pernick encontró una

Pernick afirma que las películas realizadas para prevenir las enfermedades venéreas, más que otros temas como el combate al alcoholismo y/o consejos higiénicos han llamado la atención de los investigadores estadounidenses. Por ejemplo, Allan Brandt estudia las causas y consecuencias sociales de la enfermedades venéreas entre la población estadounidense desde 1860 y dedica a las películas ya mencionadas *Fit to Win* y *The End of the Road* un análisis cinematográfico, social y educativo.⁵⁰ Stacie Colwell dedica su estudio a la película *The End of The Road* y un aspecto importante de su trabajo es el seguimiento que hace de la recepción que tuvo esta película entre 1919 y 1922 cuando se exhibió en diferentes ciudades de Estados Unidos.⁵¹ En resumen, estos autores analizan desde enfoques sociales, culturales y de género, el contenido de las películas producidas entre 1919 - 1950 y su impacto en la sociedad. Cada uno de ellos las aborda como una fuente que ofrece la representación de un problema médico y social que estaba afectando a la población estadounidense y que 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 inspiró numerosos cortometrajes que han sido clasificados por la historiadora Marianne Fedunki. Con base en el cortometraje titulado *Malaria*, producido por la Fundación Rockefeller en 1925, esta autora hace un recuento de la filmografía británica y estadounidense y expone los principales ejemplos.⁵² Por su parte Lisa Cartwright ha incursionado en una rama del cine de salud, menos trabajado: los filmes médico-científicos, su contribución a la historia del cine y su valor pedagógico para la

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 películas que planea compilar en el libro *Bringing Medicine to the Masses: Motion Pictures and the Revolution in Public Health, 1910-1928*. Desafortunadamente al término de esta investigación, aún no se había publicado.

⁵⁰ BRANDT, 1985.

⁵¹ COLWELL, 1992.

⁵² FEDUNKIW, 2003.

enseñanza de la medicina. La autora centra su análisis en las representaciones cinematográficas del cuerpo humano desde un enfoque médico.⁵³

La campaña *Salud para las Americas* (1943) y los cortometrajes de Walt Disney como su instrumento de educación higiénica, han sido estudiados desde un interés mayoritariamente cinematográfico. Eric Smoodin, Julian Burton-Cravajal y Seth Fein abordan la filmografía estadounidense entre los años 40's y 50's y son ellos quienes se refieren a la producción de Walt Disney para este proyecto. Seth Fein se refiere a los *filmes* de Disney como parte de la propuesta filmográfica de la Oficina de Asuntos Interamericanos y su trabajo es la única referencia que nos sitúa en el escenario cinematográfico de estas películas en el contexto mexicano. Una contribución importante de su investigación es que las fuentes primarias que consultó en los *National Archives of Record Administration* (DC) le permitieron reconstruir las giras cinematográficas que la Oficina realizó en México.⁵⁴ Otra mención a esta campaña, pero nuevamente desde la perspectiva cinematográfica, es la realizada por la ya citada Linda Cartwright, quien analiza el contenido de los cortometrajes de Walt Disney y enfatiza cuales fueron los intereses políticos implícitos en el proyecto que los produjo.⁵⁵

En México el tema empieza a ser tomado en cuenta. Julia Tuñón 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 a la salud

⁵³ Opinaba que los filmes medico-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.

⁵⁴ FEIN, 1998.

⁵⁵ CARTWRIGHT, 1994.

y/o enfermedad.⁵⁶ Por su parte, Andrés Ríos Molina analiza las representaciones de la locura femenina en dos películas mexicanas de la misma época: *La Loca* (1952) y *Manicomio* (1955).⁵⁷ Ambos trabajos toman el cine de ficción como referente para su análisis. El trabajo de Juan Manuel Arrecochea ha contribuido para recrear el contexto en el que, en un viaje previo a la filmación de sus cortometrajes, Walt Disney visitó la ciudad de México en 1942.⁵⁸

Como hemos visto, en la mayoría de los trabajos mencionados se reconoce la importancia de la educación higiénica y 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 las campañas sanitario-educativas con el cine como un instrumento de educación higiénica tiene todavía mucho camino por recorrer y esta tesis es un intento por contribuir a llenar ese vacío.

6. Fuentes y método

Las fuentes primarias utilizadas en esta tesis son manuscritos y películas. Ambas se complementaron y propiciaron un interesante ejercicio de investigación que me permitió conjuntar palabras con imágenes para reconstruir algunos aspectos del proceso cultural y social de las campañas de educación higiénica en México en la primera mitad del siglo XX. Su búsqueda se realizó en dos etapas y en diferentes archivos de las ciudades de México y Washington, DC.

⁵⁶ TUÑÓN, 2005.

⁵⁷ RÍOS MOLINA, 2006.

⁵⁸ ARRECOECHEA, 2003.

La primera etapa tuvo como objetivo documentar la organización y funcionamiento de las campañas de salud. Los diferentes grupos documentales del *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud* (AHSS) fueron la base de esta parte de la investigación. También los documentos del Fondo *Psicopedagogía e Higiene y Misiones Culturales* del Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública aportaron información particular de la interacción entre médicos, maestros rurales y trabajadoras sociales, con la población. Producidos y difundidos por la Secretaría tenemos el periódico *El Sembrador* y *El Maestro Rural*.⁵⁹

La segunda etapa de investigación estuvo enfocada a localizar las películas exhibidas en las campañas. De *Al final del Camino* hay una copia en la Sección *Motion Pictures* de la Biblioteca del Congreso y otra en los *National Archive (College Park, DC)*.⁶⁰ De Walt Disney, esa misma sección conserva cinco copias. La información complementaria se localizó en el fondo *Records of the Office of InterAmerican Affairs* en los *National Archives*, que incluye información de las actividades que los representantes de la Oficina realizaron en América Latina. También se encuentran los contratos elaborados entre Nelson Rockefeller y Walt Disney para el diseño y producción de las películas y el itinerario del viaje que Disney hizo con su equipo de trabajo a México. Finalmente, *Guerra al Paludismo* pertenece al acervo de la filmoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Cruzada Heroica y Erradicación Nacional del Paludismo*, así como otros documentales

⁵⁹ De *El Maestro Rural* se localizaron ejemplares en la Hemeroteca Nacional y en la Biblioteca de la Universidad Pedagógica. Los ejemplares de *El Sembrador* fue posible consultarlos gracias a la generosidad de la doctora Engracia Loyo que me permitió revisar algunos volúmenes.

⁶⁰ La copia que conserva la Biblioteca del Congreso les fue enviada del *Nederlands Filmmuseum Collection*; es de 35 mm y son 6 carretes de película que miden 5,900 pies (1,798 mts) lo que equivale a 1.05 minutos de duración. Está en blanco y negro, es silente y los cartones con texto están en alemán-deutsche. La copia de los *National Archives* tiene cartones en inglés lo cual indica que es la versión 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 copia y la otra.

que se citan a lo largo de la tesis forman parte del acervo filmográfico del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

Como fuentes secundarias se revisaron documentos oficiales provenientes de la Secretaría de Salubridad, particularmente las *Memorias* de trabajo de los diferentes jefes del Departamento de Salubridad que eran anuales e informaban de forma condensada las actividades del Departamento y las secciones que lo conformaban.⁶¹ También recurrimos al *Boletín* mensual -órgano oficial de difusión y propaganda de la Institución-, publicado sin interrupción de 1918 a 1922. Para estos años se privilegió la información relacionada con el combate al tifo, la sífilis, paludismo y prevención de fiebre amarilla. Desde junio de 1921, la línea editorial anunció que pondría mayor atención en informar al público de los trabajos que el Departamento realizaba para combatir enfermedades. Se pensó en complementar los textos publicados con ilustraciones y dibujos para lograr, según los editores del *Boletín*, un proceso de enseñanza “más ostensible”.⁶² También se incluyó una sección titulada “La salubridad en el extranjero”, en la cual se publicaban artículos de médicos y sanitarios de Estados Unidos, Inglaterra y Francia.⁶³

Sin que conozcamos las causas, el *Boletín* estuvo fuera de circulación dos años (1923-1924) y se reinició en 1925. Para este momento la organización interna del Departamento de Salubridad Pública constaba de diferentes secciones que producían su propia información sobre las actividades sanitarias que realizaban. A partir de 1930 el

⁶¹ La colección más completa de *Memorias* y *Boletines* del DSP, se encuentra en la biblioteca del Instituto Nacional de Salud Pública en la ciudad de Cuernavaca.

⁶² Gabriel Malda, jefe del DSP, *BDSP* 2ª. Época, enero-junio 1921, p. I.

⁶³ Véase entre otros: Traducción del artículo de Frederick L. Hoffmann “A plan for the eradication of Malaria”, *BDSP*, julio-diciembre 1921, p. 393; “La salubridad en el extranjero, cómo se fundó y lo que es en la actualidad la Mayo Clinic”, *BDSP*, enero-junio 1922, p. 90. Dr. George Newman, “Los progresos sanitarios en el extranjero”, *BDSP*, 1925, no. 1, pp. 205-224, “Sobre el Congreso de Higiene social del Imperio Británico”, *BDSP*, no. 4, 1925, p. 194; Claude Hill, “Propaganda de Higiene”, *BDSP*, no. 4, 1925, pp. 196-201.

Boletín comenzó a circular trimestralmente bajo el título de *Salubridad*, ahora adscrito al Servicio de Propaganda y Educación Higiénica. En abril de 1938 cambió una vez más el nombre de *Salubridad* por el de *Boletín de Salubridad e Higiene*, fusionando las que habían sido las publicaciones oficiales: el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública* y el *Boletín del Instituto de Higiene*. Esta nueva revista fue trimestral; sin embargo, después de la fundación de la Secretaría de Asistencia, en 1943, desapareció para dar cabida a la revista *Asistencia*, y más tarde, al *Boletín de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*.

Por último, la revisión de material hemerográfico fue importante para conocer el seguimiento que la prensa hizo a las campañas de salud y a la cartelera cinematográfica que anunció, en contadísimas ocasiones, las películas tratadas en esta tesis. El fondo *Archivos Económicos* de la Hemeroteca Miguel Lerdo de Tejada conjunta cientos de recortes de diferentes periódicos de circulación nacional, entre los que encontramos abundante material dedicado a la salud pública en México del siglo XX.

Para analizar las fuentes seleccionadas en esta tesis abordaré tres aspectos:

1) Contexto: La difusión de las publicaciones y la proyección de las películas caminaron de la mano de las campañas sanitarias. Cada guión o artículo 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, definiré el *modus operandi* de cada una de las campañas seleccionadas para entender cómo justificaron la proyección de los cortometrajes y el uso de literatura.

2) Contenido: El análisis del contenido abordará el discurso iconográfico. De los artículos e ilustraciones de *El Sembrador* y *El Maestro Rural* así como de las películas, tomaremos

como primer referente las representaciones ya establecidas por la propaganda higiénica con base en un tema central: hacer evidente el contraste entre la salud y la enfermedad. A partir de estas representaciones, analizaremos los elementos que contribuyeron a gestar un estereotipo del receptor –particularmente los campesinos-. Recordemos que fue la población rural la que inspiró buena parte de la propaganda que aquí se analiza. Tomaremos 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.

3) Recepción: Con base en los testimonios de quienes encabezaron las campañas sanitarias y tuvieron la responsabilidad de difundir la educación higiénica, esto es, médicos, sanitaristas y maestros rurales, buscaremos acercarnos a la dinámica cultural que establecieron con la población. Intentaremos conocer cómo se planeó, en primer lugar, la llegada de las brigadas de educación higiénica a los pueblos y comunidades. En segundo, cómo se planearon las funciones de cine y en que espacios se llevaron a cabo. Por último, cómo fue la difusión de las revistas.

7. Estructura de la tesis.

La tesis está conformada por cinco capítulos. En el **primero** presentamos un panorama general del contexto histórico-sanitario de los 35 años que definen el marco cronológico de esta investigación. Desarrollamos cuatro aspectos representativos del período en que se llevaron a cabo las campañas analizadas en esta tesis: la federalización de los servicios de salud a través de la institucionalización del Departamento de Salubridad Pública y la presencia de la Fundación Rockefeller, la atención sanitaria a las comunidades rurales, la campaña *Salud para las Americas* y finalmente la convocatoria de la

Organización Mundial de la Salud para erradicar el paludismo. En el **segundo** capítulo, entramos al tema de la educación higiénica y aspectos particulares de su definición. Se presentan los antecedentes de la *Sección de Educación Higiénica y Propaganda* del Departamento de Salubridad Pública porque nos interesa conocer con detalle las estrategias educativas alentadas por las autoridades de salud. Para eso exponemos los instrumentos más utilizados - conferencias, programas de radio, carteles, volantes, el museo de higiene y el cine- así como los temas que plantearon y expusieron. Los programas educativos habrían tenido una mínima difusión de no haber sido por el trabajo de los *intermediarios sanitarios* entre quienes identificamos a los médicos, sanitaristas y maestros rurales. En este capítulo exponemos cuál fue su formación y cómo se dio su interacción con la población a quien estuvo dedicada la propaganda. En el **tercer** capítulo desarrollamos las dos campañas persuasivas de finales de los veinte: contra las enfermedades venéreas y el alcoholismo. Las autoridades sanitarias hicieron de la educación higiénica para ambas campañas la base para su desarrollo y sustentaron en ella el éxito que se esperaba alcanzar para combatir la sífilis y el alcoholismo. Para conocer su contenido abordamos el cine para la primera y la literatura de *El Sembrador* y *El Maestro Rural* para la segunda. Para introducir la película *Al final del Camino* presentamos una breve pero concisa reseña del desarrollo del cine en México y particularizamos las características del cine dedicado a temas de salud e higiene. Las decisiones sanitarias estadounidenses tomadas en convenio con los países latinoamericanos en el contexto de la Segunda Guerra Mundial fueron determinantes para la puesta en marcha de la campaña *Salud para las Américas* que se instituyó en México a través del *Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento* (1943). De esta campaña destacamos en el capítulo **cuatro** su programa cinematográfico, analizamos el contenido de 8 cortometrajes y las estrategias que utilizaron para difundirlo entre la población. El **quinto**

capítulo está dedicado a analizar la organización y puesta en marcha de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo (CNEP) iniciada en México en 1957, pero sobre todo los trabajos de propaganda y de educación higiénica para orientar a la población sobre los trabajos, avances y logros de la campaña. Presentaremos un balance de la filmografía antimalárica producida en Estados Unidos que servirá para contextualizar los tres cortometrajes mexicanos seleccionados: *Guerra al paludismo*, *Cruzada Heroica* y *Erradicación del Paludismo en México*. Por último, las **conclusiones** que incluyen un balance general de la tesis.

Capítulo 1. **Un panorama histórico-sanitario**

Presentación.

Durante los 35 años que abarca esta tesis, en México gobernaron desde el general Plutarco Elías Calles hasta 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 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 estos eventos socio-políticos.

Una forma para historiar períodos 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, delimitaremos los años de estudio con base en una aproximación histórica de la salud pública en el período 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 impactaron en el desarrollo de las campañas sanitarias seleccionadas para esta tesis. No pretendo reconstruir puntualmente cada uno de los acontecimientos sanitarios de este período; 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 a las campañas de salud 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.⁶⁴ En este sentido, la institucionalización y la federalización de los servicios sanitarios promovida por el médico José María Rodríguez⁶⁵ en el Congreso Constituyente de 1917 son el primer tema a desarrollar. 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.⁶⁶

Las iniciativas de Rodríguez consolidaron a la cabeza del proceso de federalización de la salubridad al gremio de los médicos que aportaron su conocimiento y poder para establecer el camino a seguir. Ernesto Aréchiga sostiene que Rodríguez pertenecía a “una profesión prestigiosa, apoyada en un saber cuyas bases científicas se rebelaban como indiscutibles ante los profanos”.⁶⁷ En manos de los médicos estuvo la creación de las

⁶⁴ SOLÓRZANO, 1997, p. 255

⁶⁵ 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. Rodríguez 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 farmacéuticos y su objetivo era “levantar la industria” nacional porque consideraba que su “postración” era la causa de la desgracia y pobreza del país. Véase DIARIO DE LOS DEBATES, 30 noviembre 1916, p. 241.

⁶⁶ KNIGHT, 1996, p. 985

⁶⁷ ARÉCHIGA, 2007, p. 62

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. En la primera se formó a un nuevo grupo de profesionales: los sanitaristas que se posicionaron como los actores activos en campo, trabajando directamente con la gente.⁶⁸ En la segunda, se pensaron los diseños y contenidos de la propaganda 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 Rockefeller⁶⁹ (1921) y el modelo de campaña permanente que emplearon sus médicos para combatir la fiebre amarilla en el estado de Veracruz y la unciniarisis 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 Bustamante⁷⁰ también participó en unidades sanitarias similares a las

⁶⁸ 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 interdisciplinario la base para alcanzarla. Esta autora también destaca que otra diferencia con los médicos es que éstos 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.

⁶⁹ La Fundación Rockefeller es una de las mayores y más antiguas agencias (de filantropía) dedicadas a la salud pública. Se formó como tal 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 unciniarisis 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 FOSDYK, 1952.

⁷⁰ Miguel Bustamante (1898- 1986) médico oaxaqueño de gran tradición en la historia de la salud pública en México. En 1925 obtuvo su título de médico cirujano, 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. Fue un médico interesado por los problemas sociales del país que afectaban las condiciones de salud de la población. 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 subjefe del Servicio contra 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. En éstas se puso a prueba a los médicos encargados para que emplearan un lenguaje accesible para una población mayoritariamente analfabeta. Desde 1921 el doctor Gabriel Malda⁷¹, 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 enfermedades venéreas, promovieran los métodos de educación higiénica a través de dibujos que ofrecieran un mejor entendimiento.⁷² Estos antecedentes se vinculan con nuestro tema en tanto el combate a la sífilis (1927) y el alcoholismo (1929) –temas del capítulo dos – fueron campañas nacionales que fundamentaron buena parte de su éxito en sus programas de educación higiénica.

El tercer tema fue ampliamente discutido entre 1933 y 1940 por los médicos Alfonso Pruneda, Miguel Bustamante y Jesús Díaz Barriga, el médico-antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán y el antropólogo Miguel Othón de Mendizábal, promotores de la *medicina social* en México. A estos personajes les preocupaba la falta de servicios sanitarios en las comunidades rurales del país y argumentaron que una causa, entre otras, era la insuficiencia de médicos titulados que se desplazaran al campo. Una respuesta a esto fue la movilización –obligatoria- de estudiantes de la facultad de medicina de la

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, Ana María, 2003.

⁷¹ 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 Gral. 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.

⁷² *BDSP*, enero-junio 1921, p. I

Universidad Nacional Autónoma de México. Este plan se llamó servicio social y se esperaba con él que los pasantes de medicina junto con los egresados de la Escuela de Salubridad y los maestros rurales conformaran las brigadas que hacían falta. En el terreno de la educación higiénica, hubo que diseñar propaganda sanitaria para campesinos en cuya difusión participó además del Departamento de Salubridad, la Secretaría de Educación Pública. Ambas 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 tanto capaces de contribuir a la reconstrucción y desarrollo nacional. 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 a tratar 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, en donde se discutió sobre la defensa continental y la salud pública. A partir de ese evento, Estados Unidos, por intermediación de la *Oficina del Coordinador de Asuntos Intramericanos*, 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

1920.⁷³ En plena Guerra Fría, la erradicación 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.⁷⁴

⁷³ 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 cultural implementada a partir de 1920 por los gobiernos de la revolución. Dice este autor que “del diagnóstico de destrucción del campesinado durante el Porfiriato y de los cálculos y definiciones “progresistas” del régimen posrevolucionario surgió naturalmente la necesidad de construir un nuevo campesino que no solamente fuera revolucionario, sino que constituyera sobre todo una unidad de producción eficiente y abierta a la tecnología moderna”. PALACIOS, 1999, pp. 103-109.

⁷⁴ En materia sanitaria otros acontecimientos importantes de las décadas de los cuarentas y cincuentas en México fueron la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 1943) y la construcción de hospitales en la ciudad de México como el Hospital de La Raza y el Centro Médico Nacional, entre otros. Ambos son temas de gran trascendencia política, social, cultural y médico que no fueron desarrollados en esta tesis porque salen del objetivo central de estudio.

1. Una mirada retrospectiva

Entre 1903 y 1910 el Consejo Superior de Salubridad⁷⁵ realizó importantes campañas para combatir la fiebre amarilla, la malaria (1903), la tuberculosis (1907) y las enfermedades venéreas (1908).⁷⁶ 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.”⁷⁷ 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, 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 mejores condiciones de vida, traía consigo la enfermedad y/o se convertía en un ser 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.⁷⁸ Le correspondió al general José María Rodríguez, nombrado Jefe del Consejo General de

⁷⁵ 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. Su presidente nato era el Gobernador del Departamento y entre sus miembros titulares había tres médicos, un farmacéutico y un químico. En lo que atañe al ramo de salubridad, el Consejo debía cuidar, conservar y propagar la vacuna antivariolosa, y proponer todo lo concerniente a la higiene pública y a la policía sanitaria. En caso de epidemia, su deber era convocar a los miembros honorarios y adjuntos 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.

⁷⁶ Para un seguimiento detallado de las campañas sanitarias del porfiriato se recomiendan los trabajos de Ana María Carrillo; 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.

⁷⁷ KNIGHT, 1986, Vol. II, p. 981

⁷⁸ Diversos estados de la Federación tampoco estuvieron a salvo de la epidemia. Para información al respecto se puede revisar el *Boletín del Consejo General de Salubridad* de 1917 en el cual se detallan los trabajos realizados en las ciudades de Guanajuato y Durango; véase, *Boletín* No. 1, 2, 3 y 4. 1917.

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 al que tituló *La Higiene en México*.⁷⁹ En palabras de Pani, con su trabajo se 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.⁸⁰

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.⁸¹ 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.⁸² Opinaba 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

⁷⁹ 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 vigorece y crezca y el progreso nacional se acelere”. Véase, PANI, 1926, p. 10

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ Las comparaciones las hace con base en estadísticas de las ciudades de Sao Paulo, Brasil; las europeas de Barcelona, Birminham y Kiev; las asiáticas de Kioto y Hyderabad; y las australianas de Sydney y Melbourne

⁸² Las dividió en características físicas (temperatura, humedad, lluvias, vientos, constitución geológica y topografía) y en factores sociales (alimentación y vivienda).

Ministerio especial que asumiera la responsabilidad de vigilar y hacer cumplir las leyes y reglamentos de protección a la salud pública en el nivel nacional. **2.** Decretar la “salubridad obligatoria” comprometiendo así al gobierno federal a que asumiera la responsabilidad. **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 afirmando que “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”.⁸³ 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 buscando 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.⁸⁴ 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.

2. Las sesiones del Congreso Constituyente y la federalización de la salud.

El general José María Rodríguez formaba parte del grupo de 16 médicos que participaron en el Congreso Constituyente de 1917.⁸⁵ En la sesión del 19 de enero de ese año expuso ante el Congreso los tres puntos centrales de su propuesta de adición a la

⁸³ PANI, 1916, *Op Cit*, p. 191.

⁸⁴ ARÉCHIGA, *Op, cit*, p. 60.

⁸⁵ 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.

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 de que apareciese alguna epidemia grave en el país, el Consejo tendría la obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas necesarias. **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”.⁸⁶ 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 afirmando que: “toda persona que quiere a su patria, toda persona que desee el adelanto, el progreso de sus con-nacionales, 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”.⁸⁷

⁸⁶ DIARIO DE LOS DEBATES, 19 enero 1917. 50ª Sesión ordinaria.

⁸⁷ *Ibidem*.

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.⁸⁸ Por su parte, el diputado Pastrana Jaimes, representante del estado de Guerrero, criticó los puntos 2 y 3 de las adiciones; es decir, aquellos que le otorgaban autoridad al Consejo General de Salubridad para tomar decisiones antes de consultarlas 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 de estos aspectos.⁸⁹

⁸⁸ Según él, el estado de Yucatán, del cual era diputado representante y presidente de la Junta de Sanidad de Mérida 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. También disertó sobre el alcoholismo y sus consecuencias para el organismo humano y el deterioro de la sociedad, entre otros temas. *Ibidem*

⁸⁹ La petición de Pastrana fue secundada por el diputado Eliseo Céspedes quien también opinó que se otorgaban demasiadas facultades al Departamento de Salubridad. *Ibidem*, pp. 473-474.

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.⁹⁰ Para explicar que no se invadía la soberanía de los estados, Rodríguez puso nuevamente en la mesa de discusión los casos de varios estados de la República 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 México se gastaba todo el dinero, “de seis a siete millones de pesos anuales, mensuales, para aliviar las miserias de México”, recriminando el hecho de que en provincia no se gastaba ni siquiera lo necesario y afirmaba que “a iguales beneficios se tiene derecho en todos los rincones de la República”. Con respecto al segundo, afirmó que solamente el Consejo de Salubridad tenía la capacidad –y obligación- de enviar a médicos capacitados al interior de la República; por lo tanto, su propuesta de “dictadura sanitaria” más que afectar a 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.⁹¹ Al final de la alocución de Rodríguez, 143 diputados votaron a favor de su iniciativa y solamente

⁹⁰ El intercambio de opiniones y comentarios ofensivos entre uno y otro están detallados en BOHÓRQUEZ.

⁹¹ *Ibidem*, p. 258.

los diputados Fajardo, Palma y Pastrana Jaimes, quien fue el único que hizo público su desacuerdo, votaron en contra. La propuesta de Rodríguez se ajustaba al discurso nacionalista que anhelaba un México civilizado, encontrando 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 a nivel 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.⁹² 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 reguladora de la salud en el nivel nacional. En un principio lo hizo bajo los lineamientos establecidos en el *Código Sanitario* de 1902 vigente en ese momento.

⁹² ARÉCHIGA, 2007, *Op. cit.*, p. 59.

3. El andamiaje institucional

El 2 de mayo de 1917 el presidente Venustiano Carranza nombró al citado José María Rodríguez como jefe del recién creado Departamento de Salubridad Pública (DSP); cargo que ocupó hasta el 11 de mayo de 1920. Durante su gestión, Rodríguez combatió al tifo, la viruela y la meningitis cerebroespinal que afectaban a la población del país, 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, organizando 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, tifo y paludismo, pero esta vez con mayor atención en el estado de Chiapas. Además, durante su gestión se negoció con la Fundación Rockefeller para que pusiera en marcha las campañas contra la fiebre amarilla y la unciniarasis. En este período, la Fundación se instaló en México pero 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 veintes, 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 al afirmar que se trataba de una oficina sin tradición burocrática, con un presupuesto miserable y con una estructura defectuosa sin el material ni humano ni técnico necesario para realizar el trabajo sanitario del país.⁹³

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.⁹⁴

El diagnóstico poco optimista de Gastélum lo llevo a redactar el primer reglamento interno para el Departamento. En este documento se estableció que eran necesarias diferentes secciones administrativas con tareas específicas para poder cumplir las obligaciones sanitarias del Departamento. Para tales efectos se crearon la Sección Jurídica, encabezada por Narciso Bassols,⁹⁵ que tuvo a su cargo la redacción de leyes y reglamentos internos para la institución; la Sección de Enfermedades Transmisibles destinada a controlar la propagación de las mismas y dar seguimiento a los brotes epidémicos; la Sección de Enfermedades Tropicales cuya atención estaría dirigida particularmente a combatir el paludismo y la unciniariasis 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

⁹³ GASTÉLUM, 1925-1928, p. II

⁹⁴ VALDÉS, 1930, p.1392.

⁹⁵ 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 expediente personal de Narciso Bassols, AHSSA, SP, EP, caja 7, exp. 28; las referencias a su participación en el DSP se limitan a las dadas por su esposa, Clementina B. de Bassols en, *Narciso Bassols en Memoria*, 1960, S/pi, p. 5

Higiénicas. 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.⁹⁶ Tuvieron su propio reglamento que propuso el trabajo colectivo entre los delegados y las autoridades locales, enfatizando que a los primeros correspondía poner en marcha las campañas que fueran necesarias para atacar enfermedades infectocontagiosas o epidémicas sujetándose a las instrucciones especiales que recibieran del Departamento.⁹⁷

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 manifestando que ya 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.⁹⁸

⁹⁶ Como veremos más adelante, en el título segundo del Código Sanitario de 1926 oficializó la creación de delegaciones federales de salubridad en los estados que carecieran de las mismas.

⁹⁷ “Reglamento para Delegados del Departamento de Salubridad Pública”, publicado en el *BDSP*, No. 1, 1925, pp 201-204. Bajo este esquema administrativo, el Departamento de Salubridad Pública funcionó hasta el año de 1937 cuando el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia Pública, que concentraría los servicios asistenciales a la población dejando 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.

⁹⁸ Para esto se nombró una comisión encabezada por el licenciado Antonio Ramos Pedruaza, abogado consultor del DSP, y conformada por los licenciados Luis Ángel Malda, Enrique Monterubio y el ingeniero 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” en AHSS, Fondo SP, Sección: Servicio Jurídico (SJ), 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.

¿Cómo hacer caber dentro del raquíico 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?.⁹⁹

Para actualizarlo se solicitó a los delegados sanitarios que radicaban fuera de la capital que 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.¹⁰⁰ ¿Qué reformas necesitaba el código de 1902?, ¿cuáles eran las necesidades colectivas en materia de salubridad?, ¿cómo debían organizarse los servicios de salud para lograr 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, dejando a los gobiernos de los estados la libertad para resolver sus problemas sanitarios; es decir, sin invadir su soberanía.¹⁰¹

⁹⁹ GASTÉLUM, 1925, pp. 3-6.

¹⁰⁰ GASTÉLUM, 1976, p. 3.

¹⁰¹ MDSP, 1925-1928, p. 77.

3.1 Fundación Rockefeller y las 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.¹⁰² Su interés por combatir ambas enfermedades en los países americanos, donde era endémica respondió, al 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 expandiéndose por América Latina.¹⁰³ La llegada de la Fundación Rockefeller a combatir la fiebre amarilla y la uncinariasis provocó la inconformidad de algunos médicos mexicanos que 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.¹⁰⁴ En Mérida la epidemia de 1917 había ocasionado, según Gochicoa,

¹⁰² 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. Esta permaneció en México de abril de 1916 a febrero de 1917 y 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 FR en México véase la obra de Armando Solórzano *¿Fiebre dorada o fiebre amarilla?*, 1997 y Anne Emanuelle Birne. *Local Health and Foreign Wealth: The Rockefeller Foundations. Public Health Programs in Mexico 1924-195*, 1993. La Fundación Rockefeller organizó estudios y servicios contra la fiebre amarilla en Guatemala (1919), Perú (1920-1922), Brasil (1923-1940) y México (1921-1923), en CUETO (ed), 1996, p. 191.

¹⁰³ CUETO, 1997, p. 63.

¹⁰⁴ BCSS, No. 9, septiembre 1917, pp. 277- 281.

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.¹⁰⁵

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”.¹⁰⁶ Ésta 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.¹⁰⁷ 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

¹⁰⁵ *BDSP*, No. 2, 1919, p. 42.

¹⁰⁶ Álvaro Obregón, Informe Presidencial, 1º septiembre 1921. En *México a través de los Informes Presidenciales*, p 93.

¹⁰⁷ “Acuerdo del C. Presidente de los EUA por el que se crea la Comisión especial para Campaña contra Fiebre Amarilla”, 19 enero 1921. véase AHSSA, SP, Epidemiología, caja 17, exp. 10

telegráfica, telefónica y postal, además de pasajes en ferrocarril proporcionados por el gobierno mexicano.¹⁰⁸

A partir de enero de 1927 las delegaciones se establecieron en el país, tomando en cuenta no tanto la división política sino las necesidades de las regiones; esto explica porque 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.¹⁰⁹ Para el segundo semestre de 1928, Gastélum informaba que se habían instalado varias delegaciones en diferentes estados de la República.¹¹⁰ Con su establecimiento se alcanzaba la propuesta de hacer extensiva la representación del Departamento de Salubridad en el nivel nacional 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

¹⁰⁸ “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”, en *BDSP*; número 1 a 6, 1921, pp. 147-149.

¹⁰⁹ VALDÉS, 1930, p, 1368. 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, el Departamento se valió además de los carteles y folletos elaborados en la sección de propaganda, de la prensa local y de propietarios de teatros y cinematógrafos que prestaron sus instalaciones para llevar a cabo conferencias para informar a la población de su existencia y de los servicios que prestaban. 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, *MDSP1925-1928*.

¹¹⁰ Código Sanitario, 1926, *Op. cit*, título segundo, artículo 92 al 102. Para 1928 se tienen registradas delegaciones en las siguientes capitales: Aguascalientes, Campeche, Colima, Cozumel, Cd. 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 I, pp. 77 – 81.

propuso iniciar un programa de propaganda y difusión para dar a conocer las características de sus servicios.¹¹¹ Al decir de Miguel Bustamante, muchas “juntas” o “unidades sanitarias municipales” 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 de la República y en esta ocasión intervino la Fundación Rockefeller. Su representante en México era el doctor Henry P. Carr, quien aceptó dar apoyo económico 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 en donde se estableciera la Unidad y de la colaboración municipal.¹¹² Finalmente el Departamento aceptó las condiciones de la Fundación: sobre la base de un 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

¹¹¹ “Juntas para estudio de la formación de las Unidades Sanitarias”, Circular 512, f. 1. En AHSSA, SP, SJ, Caja 13, exp. 1

¹¹² Miguel Bustamante comentó que después de realizado el Congreso de Higiene Rural de Ginebra, Suiza en agosto 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. Para un análisis detallado de la fundación y funcionamiento de estas Unidades en México, se recomienda el extenso trabajo de Anne Emanuell Birn quien ha dedicado diversos artículos a este tema. Gran parte de las fuentes primarias utilizadas por esta autora, se encuentran en los Archivos de la Fundación Rockefeller en Nueva York; véase principalmente, BIRN, 1993; BIRN, 1996.

unidades.¹¹³ Para fines de 1927, la Fundación estableció la primera unidad sanitaria al sur del estado de Veracruz incluyendo los pueblos de Minatitlán y Puerto México con una población total de 25 mil 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.¹¹⁴ 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 unciniarasis, lo que significaba seguir con la construcción de letrinas, tratamiento médico y charlas educativas cuya intención era convencer a la población de usar zapatos como método preventivo. Al decir de Anne Emanuelle Birn, esta 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 justificaban la utilidad de sus servicios.¹¹⁵

El 16 de mayo de 1929, a dos años de establecida la unidad Minatitlán, se formó otra unidad en el puerto de Veracruz; ésta fue 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 del la H. Junta de Administración

¹¹³ BIRN, 1996, pp. 207-208.

¹¹⁴ BIRN, 1993, pp. 159-164.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 216

civil, así como la Fundación Rockefeller.¹¹⁶ 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.¹¹⁷ Se puso especial atención en atender las causas de mortalidad en la ciudad de Veracruz en 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.¹¹⁸ En respuesta a lo logrado por la Unidad 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.

¹¹⁶ El DSP colaboró con \$225,000 anuales, el gobierno estatal con \$5,000, la Junta de administración civil con \$76,400 y la Fundación Rockefeller con 5, 000. Véase *BDSP*, No. 3, 1929.

¹¹⁷ 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.

¹¹⁸ 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*, No. 3, 1930, p. 911. 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 y/o procedencia de las películas ni se mencionó nada sobre el evento 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.

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 por llevar a cabo este plan fue una nueva tarea de Miguel Bustamante.

4. 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 decepcionados y egoístas, sean elementos de defensa de la vida humana y de desarrollo de la población rural.¹¹⁹

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

¹¹⁹ BRITO DE LA GARZA, *BDSP*, 1944, p.32

fue el control que se tuvo de las enfermedades infecciosas y parasitarias.¹²⁰ 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.¹²¹ Por ejemplo, el presupuesto para el DSP en 1935 fue de \$10, 480,000.00 pesos lo que significó un aumento del 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 que se hubiera destinado 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 semi- rurales, todo ello de acuerdo con el contenido del plan sexenal”.¹²²

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.¹²³ Las condiciones sociales en las que éste vivía determinaban en gran parte las características de su “cultura sanitaria” que

¹²⁰ ALBA, 1993, p. 77. La esperanza de vida de los mexicanos en 1930 era de 36 años.

¹²¹ Ana María Carrillo, en su artículo “Salud Pública y poder político en el Cardenismo 1934-1940” explica cuál fue la política de salud de Lázaro Cárdenas esbozada primero en su Plan Sexenal y después como parte de su política. Véase, *Dynamis*, 2005, no. 25, pp. 145-178.

¹²² MEMORIA DEL DSP. (1º septiembre 1934 al 15 julio 1935). Participaron de la jefatura tres personajes, Manuel F. Madrazo, del 8 noviembre 1933 a 1º diciembre 1934, Abraham Ayala González, 1º diciembre 1934 al 16 junio 1935 y José Siurob, del 19 junio de 1935 en adelante. Es un informe que retoma los planteamientos del Plan sexenal.

¹²³ PRUNEDA, 1933, pp, 122-136.

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”.¹²⁴ 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 forzó a los médicos a movilizarse fuera de la ciudad de México. Además de incluir la prevención de enfermedades y promover la higiene, este programa incluyó uno de saneamiento de ciudades.¹²⁵ 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. Al 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 cual mecanismo para llegar a las comunidades más alejadas de la capital.

¹²⁴ *Ibidem*, p. 130.

¹²⁵ BUSTAMANTE, 1934, p.28.

El 28 de agosto de 1934 el presidente Abelardo L. Rodríguez reformó el código de 1926. El jefe del Departamento de Salubridad Pública era el doctor Manuel F. Madrazo.¹²⁶ Los dos temas novedosos que marcaron la diferencia entre este código y sus antecesores 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. Con respecto a la medicina social, interesa destacar que ya se anunciaba como una alternativa –necesaria– para el desempeño del trabajo en las comunidades rurales y se especificó en el artículo 197, que todo aquello que afectara a 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.¹²⁷

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 implementarlos. Sin duda uno de los grandes problemas era la insuficiencia de médicos a lo largo y ancho del país lo cual representaba no necesariamente un problema de falta de profesionistas en el nivel nacional, sino una deficiente distribución ya que éstos preferían permanecer en las ciudades capitales.

¹²⁶ 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 Sanitario 1934* en Diario de la Federación 31 agosto 1934, pp 1164-1200. Véase también PRUNEDA, 1934 Tomo 66, p. 398. En el capítulo II del código se definen la Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales.

¹²⁷ Código Sanitario 1934, *Ibidem*. Artículo 48, II, p. 1167.

4.1 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. En 1930 existían 4.767 médicos para una población de 16.552.722; es decir, un médico por cada 3,451 hab.¹²⁸ 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 en 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 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.¹²⁹ 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 llegó a la conclusión de 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.¹³⁰ El antropólogo aseguraba que la mala distribución de los médicos titulados era un problema económico y social

¹²⁸ Ponencia presentada por el Dr. Aguirre Beltrán “La población de la República y los médicos rurales”. en el 1er congreso médico quirúrgico del estado de Morelos, (1946). Véase, *La Escuela Superior de Medicina Rural*, 1946, pp. 37-43

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ OTHÓN DE MENDIZABAL, 1947, vol. VI p, 529.

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 sumado 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.¹³¹ Aunado a esto se sumaba la deplorable situación económica que impedía a la mayoría de los campesinos y/o 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 la ciudad de Morelia, Michoacán.¹³² Su propósito fue involucrar a los profesionistas mexicanos en las tareas de transformación que se planeaban para la sociedad posrevolucionaria y sobre todo, en los asuntos relacionados con la higiene

¹³¹ *Ibidem.*

¹³² KAPELUSZ POPI, 2001, 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 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 evento. Esta organización de médicos se había formado en el marco del Primer Congreso de Universitarios de México que se celebró en la ciudad capital en septiembre de 1933. El vínculo de estos médicos con Lázaro Cárdenas como gobernador del estado (1928-1934) y posteriormente como Presidente de la República, presenta una alternativa de estudio en torno a las políticas de salud pública definidas entre 1934 -1940 para las comunidades rurales. Conviene destacar que las fuentes documentales utilizadas por esta autora se encuentran en el Archivo del Colegio de Michoacán. Sobre el Primer Congreso de Universitarios de México, véase MAYO, 1964, pp. 75-100.

del campesino y los servicios médicos rurales.¹³³ Tanto Díaz Barriga como Arreguín aspiraban a que lo discutido en el congreso delineara 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 haciendo de esta profesión una de mayor alcance para la población. En resumen, 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.

Al Congreso asistió un grupo heterogéneo formado por médicos, ingenieros, abogados, veterinarios, maestros, parteras y enfermeras.¹³⁴ 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, fueron dos los temas que 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.

¹³³ Aparte de las referencias de Kapelusz Poppi sobre el *Bloque de Médicos Revolucionarios*, solamente se tiene noticia de un grupo de médicos de este grupo, residentes en la ciudad de Monterrey NL. 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, Dr. Ángel Martínez V. y el Secretario del Exterior, Dr. 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 NL. Piden se reforme el artículo Cuarto Constitucional” en AHSS, Fondo SP. Sección: SJ, Caja 44, exp. 9. 1935.

¹³⁴ Véase el Folleto de Convocatoria al Congreso, s/pi, 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 (DAPP), en *Gaceta Médica*, 1938, Tomo 68, p. 395.

Para poner en marcha este plan se propuso implementar 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.¹³⁵ En respuesta a esta propuesta, en 1936 el gobierno de Cárdenas, vía el 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 6 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.¹³⁶

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

¹³⁵ KAPELUSZ POPPI, 2001, p. 276. Una iniciativa anterior fue la que realizó el Dr. Miguel Bustamante en 1934. En su trabajo de ingreso a la Academia de Medicina expuso la 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 en la salubridad de las comunidades campesinas. Define las tareas del “médico rural” y enfatiza en el papel que deben jugar como educadores de la población. Véase *Gaceta Médica*, Tomo LXV, Julio- Agosto 1934, no. 7-8, pp. 197-207.

¹³⁶ MENDOZA CORNEJO, 1992, p. 34.

presentaba a la facultad de medicina una lista de los poblados con menos de cinco mil habitantes. Describía cuáles eran los medios de transporte y las formas de comunicación disponibles, precisaba si existían o no farmacias y definía si las condiciones económicas de la comunidad les permitía 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 de las condiciones económicas de los habitantes y a la restricción de que no podía cobrar por tratamientos preventivos, les asignaron un sueldo de \$90.00 para su manutención.¹³⁷ 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 a médicos que se desarrollaran en el medio rural. 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”.¹³⁸ 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

¹³⁷ WETHENN, 1984, p.171.

¹³⁸ Opinión del doctor Adolfo Arreguín. En, Secretaría de Educación Pública-IPN. *La Escuela Superior de Medicina Rural*, México, 1947, p. 32

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”.¹³⁹

Sin embargo, el inicio de esta carrera fue incierto. Tuvo manifestaciones de desaprobación por parte 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.¹⁴⁰ La campaña casi ininterrumpida de ataques duró ocho años en que la carrera de medicina rural sufrió vejaciones de toda naturaleza e incluso sus egresados fueron expulsados de algunos servicios en los hospitales públicos.¹⁴¹

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 22, 178.423 habitantes. La población urbana era de 33.47% y la rural de 66. 53%.¹⁴² Hacia 1946 había poco más de 300 estudiantes de medicina, todos trabajando en el medio rural y la mayoría enviados por alguna institución oficial.¹⁴³ 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

¹³⁹ *Ibidem*, p. 9.

¹⁴⁰ CARRILLO, 2005, *Op cit*, p. 163.

¹⁴¹ La Escuela superior, *Op Cit*.

¹⁴² AGUIRRE BELTRÁN, 1945, *Op cit*.

¹⁴³ La Escuela Superior, *Op, cit*, p. 11

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”.¹⁴⁴

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”.¹⁴⁵ 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 1000 nacidos vivos y entre 1935 y 1938 de 135 por cada 1000¹⁴⁶ 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 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

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 17

¹⁴⁵ *Ibidem*. 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? Me han llamado la atención los testimonios de médicos rurales que se refirieron a sus colegas urbanos como pseudos-médicos y como los principales detractores del desarrollo sanitario de las comunidades porque cobraban a precio elevado las consultas a campesinos pobres.

¹⁴⁶ ABOITES, 2004, p. 275, CARRILLO, 2005, *Op Cit*, p, 177.

mexicanos vivían en la ciudad. Como afirma Luis Aboites, esta migración fue un indicador del cambio social que se vivía en el nivel mundial; es decir, “la humanidad dejaba atrás el ámbito agrario”.¹⁴⁷ Aunado a estos factores demográficos y sanitarios, los gobiernos que sucedieron al de Lázaro Cárdenas fueron desmantelando paulatinamente los servicios sanitarios creados por aquél.¹⁴⁸

5. De la defensa del continente a la erradicación del paludismo. 1942-1960

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.¹⁴⁹

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”.¹⁵⁰ 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

¹⁴⁷ ABOITES, *Ibidem*.

¹⁴⁸ CARRILLO, 2005, *Op cit*, p. 146.

¹⁴⁹ Para detalles de los buques hundidos véase MOYA PALENCIA, 1992.

¹⁵⁰ *México en estado de Guerra*, en *Boletín DSP*, No. 2, Junio 1942, p. 163.

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 salvamento y primeros auxilios en casos de actos bélicos, con daños a la población civil.¹⁵¹

En el contexto internacional, la guerra mundial obligó a los 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 eventos realizados 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 de esta tesis, 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.¹⁵² Iniciando la década de 1950 y en el contexto de la llamada Guerra Fría, el tema relevante en salud pública fue la introducción de productos químicos para erradicar enfermedades. De entre éstos, destacaron el DDT y el Dieldrín¹⁵³, que marcaron un antes y un después en la

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² Como ya se mencionó, será en el capítulo cuatro en donde analizaremos con detalle las características de la Oficina, su programa de educación higiénica y su cartelera cinematográfica, así como la manera en que la campaña se implementó en México desde mediados de la década de los cuarentas.

¹⁵³ El DDT (diclorodifeniltrocloroetano) es un insecticida insoluble en agua, utilizado ampliamente en los programas antipalúdicos por su mayor acción residual en donde se aplica y su bajo costo, situación que lo ha hecho –hasta la fecha–, insustituible a pesar de los efectos que tiene sobre el ambiente. Véase, LASSO ECHEVERRÍA, *Op cit*, p. 179. “el DDT tienen una persistencia en su acción, mayor de seis meses y su aplicación se hace dos veces por año en dosis equivalentes a 2.0 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”, en BLANCARTE, 1959, p. 43.

historia del combate a enfermedades como el tifo y el paludismo. Particularmente, la erradicación del paludismo, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1955, combinó el uso de los químicos con el manejo del concepto de *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.

Consideraciones finales.

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 tesis, encontramos un visor que nos ayuda a entender las características sociales y culturales que delinearon 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, delinearon 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 interior del 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. En un principio, la implementación en 1936 del servicio social para los pasantes de medicina, y años después, bajo el argumento esgrimido por médicos y antropólogos de la necesidad de un trabajo interdisciplinario, la creación de la carrera de medicina rural en el Instituto Politécnico Nacional, 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 treinta al de fines de los cincuenta hubo fuertes cambios. Las autoridades sanitarias voltearon la mirada del campo a la ciudad y 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.

Capítulo 2.

Instrumentos y actores.

Educación higiénica e intermediarios sanitarios

Presentación.

Para conocer cuáles fueron los instrumentos de educación higiénica y propaganda más utilizados en México e identificar algunos tonos y contenidos de los mensajes que difundieron en las campañas, analizaremos el trabajo que desempeñó la *Sección de Educación Higiénica y Propaganda* (SEHP), creada en 1922 para difundir en el país la propaganda sanitaria en diferentes formatos: oral, gráfica y audiovisual. Del primer tipo expondremos características generales de conferencias y programas de radio de salud. Del segundo, incluimos hojas volantes, carteles y folletos, al tiempo que, por supuesto, no podemos dejar de mencionar la propaganda producida por empresas privadas que con sus mensajes contradecían los principios médico-sanitarios de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda.¹⁵⁴ También presentaremos la incorporación del cine al conjunto de instrumentos de educación higiénica.¹⁵⁵ Finalmente, además de estos instrumentos, integramos aquí al *Museo de Higiene*, que abrió sus puertas al público 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.

Una vez identificados los instrumentos de propaganda y su contenido dedicaremos un breve apartado a quienes los elaboraron; es decir, dibujantes, fotógrafos, museógrafos y cineastas. Pero sobre todo, presentaremos en la segunda parte de este capítulo a quienes llevaron la propaganda sanitaria a la calle. El doctor Manuel Rivera González, uno de los

¹⁵⁴ Al respecto sólo nos referimos de manera general dejando abierta la posibilidad de una futura investigación sobre la historia de la publicidad médica y la farmacéutica.

¹⁵⁵ En el apartado que aquí le dedicamos solamente exponemos las referencias que la SEHP hizo de su uso porque en los siguientes tres capítulos analizaremos los cortometrajes mencionados en la Introducción.

grandes promotores educativos, afirmaba en 1946 que lo realmente importante en los programas de educación higiénica era la “capacidad y dotes del educador que las utilizaba y la inteligencia y cultura del educando”.¹⁵⁶ Los médicos, sanitaristas, enfermeras y maestros rurales, a quienes llamaré *intermediarios sanitarios*, asumieron esa responsabilidad de educadores. Desde el principio me interesa aclarar que solamente incluí a los médicos, sanitaristas y maestros rurales. Mi decisión por dejar fuera del grupo de *intermediarios* a las enfermeras fue deliberada. Reconozco la trascendencia de su desempeño en las campañas de salud y como promotoras educativas, pero incluirlas aquí rebasaba por mucho los intereses de esta tesis. Su labor en campo es un atractivo tema que aún queda por investigar. Otros dos *intermediarios sanitarios* que no integré en este capítulo son los rociadores y los notificantes. Ambos oficios fueron creados exclusivamente para la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo, por lo que hablaremos de ellos en el capítulo que les corresponde.

¹⁵⁶ RIVERA GONZÁLEZ, 1946, p. 34.

1. 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.¹⁵⁷

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 Carrillo¹⁵⁸ 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, la cual 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 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 la prioridad fue la ciudad de México en detrimento de los estados y su población. Lo anterior no significa que no hubiera atención sanitaria, pero no con 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.

¹⁵⁷ LANDA, 1930, p. 1088

¹⁵⁸ AGOSTONI, "Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War. Mexico City 1890s-1920s." y CARRILLO, 1999 "El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882". *Revista Mexicana de Pediatría* 66:2 Marzo-Abril 1999, pp. 71-74.

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.¹⁵⁹

La exposición fue inaugurada el 2 de septiembre de 1910 por el Doctor Eduardo Liceaga, quien en su discurso de ese día, titulado *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 de 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”¹⁶⁰. También habló de 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 combatirlas en la ciudad de México. Por lo tanto, la exposición, ilustrada con fotografías y películas, tuvo como objetivo resaltar más los trabajos realizados para

¹⁵⁹ *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. Véase pp. XVII-XIX. Domingo Orvañanos en su *Ensayo de Geografía médica y climatológica* 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.

¹⁶⁰ “Progresos alcanzados en la Higiene de 1810 a la fecha”, Conferencia del Dr. Liceaga, en AHSSA, Fondo: Salubridad Pública (SP), Sección: Congresos y Convenciones (CC), caja 9, exp. 9.

fomentar la higiene pública, y no necesariamente mostrar las condiciones de salud de la población.¹⁶¹

Las autoridades opinaron que su éxito había estado basado en la numerosa asistencia de visitantes que obligó a sus organizadores a modificar el calendario inicial ya que se planeaba exhibirla solamente un mes. El primer cambio se dio al extenderla un mes; y, en vista del creciente éxito (la habían visitado más de 97 mil personas), se propuso darle un carácter permanente estableciendo un Museo Popular de Higiene, que en aquel momento no se concretó. Esta magna exposición buscaba 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 del porfiriato. 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 en el nivel nacional. Los médicos y salubristas de la época consideraron que educar en materia de higiene y prevención de enfermedades a la población 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 citado doctor Everardo Landa afirmaba que la propaganda era “un medio completamente indispensable” del que había que disponer para las campañas sanitarias y

¹⁶¹ “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.

educación del público.¹⁶² Ya dijimos 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.

2. Sección de Educación Higiénica y Propaganda. (SEHP)

En marzo de 1922, a la Sección de Propaganda y Educación Higiénica se le reconoció la capacidad oficial para organizar los programas educativos y diseñar los instrumentos necesarios para implementarlos.¹⁶³ 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 haciendo referencia a que el Departamento estaba comprometido a desarrollar un constante servicio que difundiera los procedimientos y prácticas de higiene social e individual.¹⁶⁴ Reiteraba por un lado que la sección tenía la libertad de implementar los medios propagandísticos adecuados a los requerimientos de salud e higiene de la población y por el otro, la responsabilidad de que la propaganda fuera extensiva a toda la República.

¹⁶² LANDA, *Ibidem*.

¹⁶³ En el informe presidencial de Álvaro Obregón del 1º de septiembre de 1922 se anunció la formación del Servicio de Propaganda y Educación Higiénica.

¹⁶⁴ Código Sanitario 1926, *Op cit*, p. 70.

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 dentro del programa de educación higiénica que promovía 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.¹⁶⁵ Por esta razón, los representantes de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda del DSP conjuntaron esfuerzos con la Sección de Psicopedagogía y Educación Higiénica (SPEH) de la SEP en la promoción de la propaganda para los infantes.¹⁶⁶ 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 rurales.¹⁶⁷ 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 a este respecto son 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. Situación que por supuesto se contradice con los extensos listados publicados en los *Boletines* del DSP en relación con

¹⁶⁵ *BDSP*, sección: Servicio de Propaganda e Higiene, no. 1925, p. 171.

¹⁶⁶ 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.

¹⁶⁷ 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 período pos revolucionario son una fuente indispensable para el tema. Otro acercamiento a las Misiones Culturales es a través del trabajo artístico (pictórico) al interior de ellas. En una compilación realizada por el INBA-CONACULTA y el Museo Estudio Diego Rivera encontramos interesantes artículos al respecto. Véase bibliografía.

la cantidad (miles) de materiales impresos que se tiraban sobre todo después de 1929, cuando la Sección de Propaganda y Educación Higiénica contó con su propia imprenta y taller de encuadernación y favoreció una producción mayor.

La propaganda para los adultos fue tarea exclusiva del Departamento de Salubridad. El doctor Ignacio Chávez, jefe de la Sección en 1925, opinaba que debían implementarse 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 o 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 se le 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.¹⁶⁸

Hacia finales de la década de los años treinta y principios de los cuarenta la producción de la Sección de Propaganda, 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 en el *Boletín*.¹⁶⁹ El doctor

¹⁶⁸ *Boletín DSP*, 1925, *Ibidem*, p.172

¹⁶⁹ LANDA, Everardo, “La acción educativa del DSP”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1085-1094; ANDRADE Cayetano, “La importancia de la propaganda higiénica”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1113-1115; RUIZ

Manuel González Rivera, a la postre jefe de la Sección, definía entonces a 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”.¹⁷⁰

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 la población en general; la segunda estaba dirigida al personal del departamento y les 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.”¹⁷¹

Practicar la medicina preventiva fue tarea de los egresados de la *Escuela de Salubridad* del Departamento de Salubridad quienes conformaron brigadas de sanitaristas en las que también recayó la responsabilidad de difundir la educación higiénica. En este ambiente, que aquí llamaremos de especialización en las tareas educativas, también se discutía cuál debía ser la “organización moderna de la propaganda” ya encaminada a alcanzar cuatro objetivos definidos: 1) la popularización de los principios fundamentales de la higiene; 2) la organización técnica de los medios de lucha contra las enfermedades; 3) la

MONTIEL, “¿Es de resultados prácticos la propaganda higiénica?”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1116-1117; GUERRAS, Alfonso “Automóvil: exposición higiénica ambulante para educación popular”, *BDSP*, No. 4, 1930, pp. 1141-1146; URUCHURTU, Gustavo “La labor de la educación higiénica en México” *BDSP*, No. 2, 1943, pp. 309-330; RIVERA GONZÁLEZ, Manuel, “Procedimientos para impartir educación higiénica al público”, *BDSP*, no. 2, 1943, pp.99-103. Del mismo autor, “Educación Higiénica y Política Sanitaria”, *Salubridad y Asistencia*, no. 13, enero-febrero 1946 111-117, “La educación higiénica en el campo de la Eugenesia” en *Salubridad y Asistencia*, no. 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, no. 2, pp. 175-182. entre otros.

¹⁷⁰ RIVERA GONZÁLEZ, 1946, no. 13, p 111.

¹⁷¹ BERMÚDEZ, s/f, p. 7

coordinación de actividades públicas y privadas y 4) la lucha sistemática contra la influencia perniciosa del charlatanismo.¹⁷² Sin dudar, el doctor Uruchurtu afirmaba que el 50% del éxito de la labor sanitaria dependía de la obra “sistemática y metódica de la educación higiénica”.¹⁷³

Esta afirmación se reforzó con lo establecido en la primera conferencia de Educación Sanitaria celebrada en 1943 en la ciudad de Washington, DC; en donde la educación higiénica fue considerada como una parte fundamental para alcanzar el “progreso efectivo de las aplicaciones de la higiene en las colectividades”. Pero aún más importante que las anteriores reiteraciones en torno al incuestionable papel de la educación higiénica, Uruchurtu consideró que la discusión sobre la eficacia de los instrumentos educativos había sido lo más relevante porque se reconoció que no había mejores ni peores instrumentos y que cada uno cumplía su cometido.¹⁷⁴

3. 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 practican los principios que aquellas transmiten?¹⁷⁵

Por “propaganda sanitaria” me refiero a aquella 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

¹⁷² URUCHURTU, 1941, pp, 15-30. El doctor Gustavo Uruchurtu fue originario de Hermosillo, Sonora. Estudió en la Escuela de Medicina. Desempeñó los cargos de médico cirujano, Director de Desinfección y de Educación Higiénica. También fue consejero consultivo de la ciudad de México y autor de “Estudio de la mentalidad de os niños” y “Estudios sobre Educación Higiénica, entre otros.

¹⁷³ URUCHURTU, 1942, p. 310

¹⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p.311

requiere de instrumentos que lleven el mensaje de sus promotores hasta el público receptor para quien se pensó.

En el caso particular de la propaganda que aquí nos ocupa, la Sección de Educación Higiénica, desde el momento de su instauración en 1922, la dividió en tres grupos: oral (conferencias), 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 incluyó la que debía ser leída en folletos, libros y revistas. La que definieron como “recordatoria” tuvo como base la repetición (visual y auditiva) de los mensajes que se difundieron por medio de carteles o anuncios publicitarios, cine y radio.¹⁷⁶

a. 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, sin embargo predominaron entre 1920 y 1940 las alocuciones sobre enfermedades venéreas y crónicas (tuberculosis); el alcoholismo y sus repercusiones sociales, así como consejos de higiene personal y colectiva. También, 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

¹⁷⁶ RIVERA GONZÁLEZ, 1944, p. 70.

cabo la *Campaña de Higiene Bucal* en las escuelas adscritas a la Secretaría de Educación Pública, los médicos adscritos 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”.¹⁷⁷

Las pláticas ofrecidas en espacios públicos tuvieron una mayor difusión cuando llegaron a las estaciones de radio y los aparatos radiofónicos comenzaron a ser distribuidos en escuelas y las familias a adquirir los propios. Recordemos que las transmisiones radiofónicas iniciaron en 1925 y 10 años después tenían una amplia cobertura en las 85 estaciones radiofónicas que existían en el país.¹⁷⁸

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 un artículo titulado *Nuestro ayudante y amigo el radio*, Yáñez anunciaba el programa de la buena salud, definiéndolo 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 mejorarse a sí misma, en ponerse en condición de hacer más útiles cosas y en mayor número.¹⁷⁹

¹⁷⁷ “Lineamientos para Campaña Nacional de Higiene Bucal” en AHSEP, Fondo Psicopedagogía e Higiene, caja 5171/ 19. Con excepción de algunas de estas conferencias que fueron publicadas en el *Boletín del DSP*, en los periódicos nacionales de mayor circulación y/o en la *Gaceta Médica*, la mayoría solamente aparecen registradas por el título y el nombre del ponente lo cual dificulta conocer el contenido de las mismas.

¹⁷⁸ Sobre radio campesina véase PALACIOS, 1999, p. 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, pp127-169.

¹⁷⁹ YAÑEZ, “Nuestro ayudante y amigo el radio” en *El Maestro Rural*, Tomo II. 15 marzo 1933. no. 1, p. 29

Otro tipo de programas aconsejaban a las mujeres que aprendieran a cuidar el agua y a valorar que la tenían.

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 te pondrá a todos los tuyos, el más bello vestido, como la varita de plata de las hadas.¹⁸⁰

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. Desde *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 microbio, 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.¹⁸¹

Si bien el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Educación Pública trabajaron de manera conjunta ¿que opinaban del radio los médicos del departamento? El ya citado 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: “la radio 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

¹⁸⁰ Antena Campesina. Transmisiones de la XFX de la SEP dedicadas a los campesinos. Por Alfredo Maillefert. En *El Maestro Rural*, Tomo II. 15 marzo 1933. no. 11, p. 30

¹⁸¹ *Ibidem*.

hasta por personas incultas, por los analfabetos, pues para escuchar la radio, no es necesario saber leer”.¹⁸² Además, el Departamento ya había identificado el uso 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 era donde debían transmitir sus cápsulas informativas. Por eso, decía este médico, debían pensar en *spots* de salud breves, amenos, claros, enérgicos, significativos y precisos; además, debían cuidar su temporalidad y periodicidad para no promover acciones repetidas o atemporales.¹⁸³

Por ejemplo, desde 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 al escucha a que en vez de ir a la cantina, fuera a escuchar al maestro y a la radio.

La transmisión en el nivel nacional involucró a radiodifusoras estatales con las que se establecieron convenios de colaboración con la Sección de Propaganda.¹⁸⁴ 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 frecuencia de transmisión de sus notas y cápsulas informativas.¹⁸⁵ Hacia 1931, el locutor Manuel Bernal se convirtió en el *Tío Polito* para conversar con los niños sobre temas de salud. Posteriormente habría de ser la estación de radio del Partido Nacional Revolucionario (PNR) la encargada de transmitir las conferencias de radio y los boletines

¹⁸² RIVERA GONZÁLEZ, Manuel, 1944. no. 5, pp 67-74.

¹⁸³ *Ibidem*.

¹⁸⁴ 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.

¹⁸⁵ AHSSA, Fondo: Salubridad Pública, Sección: Servicio Jurídico, caja 34, exp. 7 y 8, agosto y noviembre de 1933.

emitidos por el Departamento. Sin duda el tema de la radio como instrumento de educación higiénica y un análisis mas profundo sobre el contenido de las cápsulas preventivas e informativas que transmitió ofrece un interesante camino aún no lo suficientemente explorado.

b. De carteles y folletos.

El primer documento publicado por la Sección fue el periódico quincenal titulado el *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.¹⁸⁶ 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*.¹⁸⁷

No podemos dejar de lado los periódicos *El Sembrador* y *El Maestro Rural* –de los que hablaremos con detalle en el capítulo tres- que a finales de la década de los veinte e inicios de los treinta jugaron un papel fundamental como intermediarios entre el Departamento de Salubridad y los campesinos. En materia de salud e higiene su contenido se enfocó, por un lado, a difundir las bases para que los campesinos asimilaran hábitos higiénicos “modernos”. Por el otro, a convencerlos de que la conformación de una comunidad con integrantes limpios y sanos, tanto física como mentalmente, era posible si

¹⁸⁶ Claudia Agostoni se refiere a este periódico como un importante instrumento de educación higiénica y ofrece detalles de sus características y contenido. AGOSTONI, 2007a.

¹⁸⁷ *BDSP*, No. 1, 1925, p. 50. hasta el momento no han sido localizados ejemplares de estos periódicos.

atendían los consejos básicos de higiene y entendían la importancia social y cultural de llevar una vida saludable exenta de vicios y resabios que en lugar de beneficiarlos los perjudicaba.¹⁸⁸

Otro buen instrumento de propaganda higiénica impresa fue la compilación de cuentos de higiene realizada por el doctor Manuel González Rivera, profesor de educación higiénica en la Escuela de Salubridad e Higiene en 1943. Con el muy sugerente título de *Doña Eugenesia y otros personajes*, este libro circuló entre médicos y enfermeras que trabajaron en las comunidades rurales porque así se lo propuso el compilador.¹⁸⁹ Cabe mencionar que no recibió apoyo económico o de difusión por parte de algún patrocinador gubernamental o particular. Cuentos, textos breves para cápsulas radiofónicas, volantes, pies de foto o textos para las diapositivas para la pantalla de cine se conjuntan en un libro que refleja la experiencia de los médicos y enfermeras que trabajaron directamente con los campesinos. Por ello, en esta compilación el lector puede recrear, entre otros, algunos casos de enfermos de sífilis, paludismo, viruela y el trabajo de educación higiénica de los médicos para prevenir el contagio.¹⁹⁰

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, huyendo de tecnicismos incomprensibles y debía cuidarse que las historias o narraciones fueran muy parecidas a la realidad de los destinatarios, estableciendo una relación inmediata o mediata de causa a efecto, entre el desaseo y la falta de higiene en general. La impresión de hojas volantes fue

¹⁸⁸ GUDIÑO, 2008, pp. 71-97.

¹⁸⁹ 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.

¹⁹⁰ GONZÁLEZ RIVERA, 1946.

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.¹⁹¹ El objetivo de las autoridades al difundir este tipo de propaganda era que el público que las recibía formara con ellas un cuadernillo. Por esta razón cada hoja volante llevaba su número respectivo, como lo ilustran las siguientes dos reproducciones.¹⁹²



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 efectivo*, manifestó lo siguiente:

¹⁹¹ Cada hoja trataba una enfermedad en particular: tifo, viruela, gripa y tuberculosis fueron algunas de ellas. Salvo un ejemplar localizado en fondo *Folletería* de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada solamente se conocen fotografías de estas hojas volantes que han sido publicadas en el *BDS*, NO. 1, 1925, p. 173.

¹⁹² Ejemplares de estos folletos se encuentran en el fondo *Folletería* de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada. De allí reproduje estas dos fotografías.

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.¹⁹³

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, era una opción que anunciaba escasos resultados. Por consiguiente, una alternativa fue el uso de carteles o murales que plasmaran con dibujos y colores los consejos sanitarios.

Según los informes de labores de la Sección de Propaganda, ésta 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 privilegia la figura del médico y los textos que completan la ilustración aluden a la imprescindible asesoría de los mismos. 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,

¹⁹³ BELTRÁN, “Algunas consideraciones acerca del servicio médico inspector sanitario. Causas que lo hacen parecer deficiente. Medios a que podría recurrirse para hacerlos más efectivo”, en AHSS, SP, Epid, caja 22, exp. 7, 23 septiembre 1922.

manos y cara bien aseadas. Hay 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 hiera más profundamente la imaginación.¹⁹⁴



Reproducidas del *Boletín Salud Pública* de México. Vol. 4. 1960, p. 756.

Valga mencionar que la manufactura de carteles y volantes se realizó con el apoyo financiero de empresas particulares productoras de artículos de limpieza, higiene y medicamentos con la SEHP del Departamento de Salubridad. Las autoridades sanitarias lo llamaron “cooperación social” y gestionaron con casas distribuidoras de pintura o artículos de uso cotidiano como jabones o pasta de dientes, compañía Palmolive, restaurantes como Sanborn’s, distribuidor de Listerine para el aseo bucal, casas impresoras de calendarios, para que todos los almanaques y calendarios anuales incluyesen leyendas del departamento, fábricas como la Nestlé para promover carteles sobre higiene infantil y productoras de químicos. Sin duda estas acciones garantizaban al Departamento una mayor distribución y la posibilidad de conseguir material y permisos para promover su propaganda en edificios

¹⁹⁴ “Campaña pro-aseo”, en el *Maestro Rural*, junio 1936.

sede de las dependencias mencionadas.¹⁹⁵ Esto generaba una situación complicada debido a que los contenidos de la propaganda no siempre tuvieron como prioridad la salud sino vender productos.

Esta contradicción se agudizaba porque una de las funciones de la Sección era, justamente, 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”.¹⁹⁶ 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.¹⁹⁷

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, de multar a los dueños de

¹⁹⁵ Para 1926 se habla de 5,000 carteles sobre “Aseo de las Manos”, 5,000 sobre el alcoholismo y el aseo. En 1927 las gestiones realizadas con la Palmolive Soap Company, con los fabricantes del dentífrico Listerine, la Casa Sanborn’s entre otros, arrojan un promedio de treinta mil carteles, 10 mil 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, No. 3, 1926, p. 172; BDSP, NO. 1, 1927, pp. 160-161; BDSP; No. 3, 1929.

¹⁹⁶ Informe de Ignacio Chávez, jefe de la Sección de Propaganda y Educación Higiénica”, 1923. en AHSSA Fondo Salubridad Pública, Sección Servicio Jurídico Caja 3, exp. 7, f 3. Expediente relativo a la censura de rótulos y anuncios comerciales

¹⁹⁷ “Expediente relativo a la censura de rótulos y anuncios comerciales”, 1923. en 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*, No.1, 1927, pp. 161-162.

establecimientos comerciales que cubrieran con su propaganda la del Departamento y de remitir a las autoridades a “fijadores de carteles” que cubrían la propaganda de la Sección.¹⁹⁸ 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”.¹⁹⁹

En 1941 Gustavo Uruchurtu, jefe de la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, manifestaba su satisfacción por el trabajo realizado 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 habían multado solamente a 26 quienes tuvieron que pagar \$12,150.00.²⁰⁰ 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 de Propaganda en cuanto a los mensajes de la propaganda patrocinada por marcas comerciales.

¹⁹⁸ Este cargo adscrito al DSP hace recordar a los agentes “regulares” que lo estuvieron a la Secretaría de Gobernación hacia finales de los años veinte 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, *BDSP*, No.1, 1927, pp. 161-162.

¹⁹⁹ LANDA, *Op cit*, p. 1085

²⁰⁰ URUCHURTU, 1941, pp. 19-20.

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.

c. Museo de Higiene.



Reproducida de *Salubridad y Asistencia*, no. 1, 1944, p. 59.

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 limitándose solamente a inculcarles los conocimientos sino obligándolos a pensar higiénicamente.²⁰¹

²⁰¹ Folleto *Ville de Bordeaux. Bureau Municipale d'Hygiene*. En Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad en Fondo: Salubridad Pública, Sección: Congresos y Convenciones, caja 16, exp. 8. La tradición museística en temas de higiene (no de medicina) se inicio 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 también 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, etc. 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.

Como ya se mencionó, 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 en 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.²⁰² Además, en las ciudades estadounidenses de Cleveland, Rochester y Washington DC ya funcionaban museos de higiene que sirvieron 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 Cleveland²⁰³ y visitara personalmente los de Rochester, Nueva York, Washington DC, 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, Secretario de Salud, encabezó el “Festival en el Museo de Higiene” (como lo tituló la prensa nacional).²⁰⁴

²⁰² GUERRAS, *Op cit.* 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.

²⁰³ 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 trabajaron en él. El museo abrió al público en 1940 y desde entonces ha impartido educación higiénica e información a otros museos.

²⁰⁴ La comitiva que asistió a la inauguración estuvo encabezada el doctor Gustavo Baz con la asistencia de los doctores Manuel González Rivera, director general de Educación Higiénica; Manuel Martínez Báez,

El nuevo escenario contaba con diferentes “circuitos” –así llamaron a las salas de exhibición-. Su orientación fue temática y se dividió 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 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.²⁰⁵

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 la duda 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.

El segundo circuito trató la prevención de enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el paludismo. De una manera original se le explicaba al espectador cómo identificar a un enfermo de tuberculosis. Por medio de una serie de 9 retratos se pedía identificar a los tuberculosos:

Usted no puede decirlo solo 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.²⁰⁶

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 OCAIA.

²⁰⁵ “Inauguración en México de un Museo de Higiene” en *El Universal*, 6 de febrero 1944.

²⁰⁶ *Ibidem*

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 indicaba la enfermedad. Se le reiteraba al espectador que era necesario conocer los síntomas de la enfermedad 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 en detalle cómo evitar la reproducción del mosquito anopheles (transmisor de la enfermedad) y cómo atender a un enfermo de paludismo.



Reproducidas de *Salubridad y Asistencia*, no. 1, 1944, pp. 59- 66.

En la planta alta se encontraban los circuitos de maternidad, venerología, vacunación e higiene industrial. Allí se ofrecía al público asesoría personalizada. La museografía se completaba con fotografías, dibujos, figuras de bulto, etc. 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 a los asistentes dos películas de las cuales, desafortunadamente, ninguna de las fuentes consultadas publicó los títulos. Por ubicarse en la ciudad, el público asistente era mayoritariamente capitalino así que los directivos interesados en incluir a toda la población diseñaron visitas guiadas y

trazaron la ruta de un “autobús parlante” que recorrería el país llevando consigo, exposiciones itinerantes.²⁰⁷

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 en el segundo y tercer piso fue donde se instaló el museo. De inmediato se notó 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.

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 no. 39 y tuvieron que pasar tres meses para que se reinaugurara. Eso sucedió en julio de 1949.

²⁰⁷ Crónica de la inauguración del Museo en el *Boletín de Salubridad y Asistencia*, no. 1 enero- febrero 1944, p. 59-66.

Nuevamente se construyó un 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, y de los cuales hablaremos 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. Con base en los informes que aseguran una asistencia numerosa y constante, podemos hablar 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. La propaganda y los programas de educación higiénica parecían haberse integrado a la vida de una buena parte de los mexicanos. El museo fue el interlocutor 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 quienes contaban con sus respectivos museos y se posicionaba como pionero en la materia en América Latina.

d. Desde la pantalla grande. Cine en el Departamento de Salubridad y en la SSA.

A partir de 1925 el *Boletín* del Departamento publicaba títulos de películas extranjeras como las estadounidenses *Al final del camino* (*The End of the Road*, 1919) y *Listos para Vencer* (*Fit to Win* 1919) así como la alemana *Falso Pudor*²⁰⁸ que se exhibieron en el marco de la *Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas* (1927) y de las que hablaremos en el siguiente capítulo.²⁰⁹ Por su parte, la Secretaría de Educación Pública contó 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”.²¹⁰

Si lo que se veía en aquella época era mayoritariamente cine extranjero, la traducción al español de los cartones que se intercalaban entre escena y escena en las películas silentes, o después de 1931 los diálogos en las películas habladas, debió ser una prioridad de la oficina de educación higiénica. La única referencia encontrada a este caso en particular se refiere al envío que hizo la *National Motion Picture Company* (Indianápolis, Indiana) de una serie de películas que fueron traducidas por el doctor Manuel Martínez Báez, jefe de la Sección en 1930.²¹¹ A la oficina cinematográfica de la SEP

²⁰⁸ Respecto al envío de películas alemanas, de las cuales desconocemos los títulos (originales y/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*, no. 1 1927, pp. 214-215.

²⁰⁹ Recientemente Fabián Herrera en su artículo *México y el Instituto Internacional de Cinematografía Educativa 1927-1937* 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. Véase, HERRERA LEÓN, 2008, *Op cit*, p 246.

²¹⁰ Carta del Sr. Agustín Velásquez Chávez al secretario de Educación sugiriendo hacer una junta con los jefes de departamento para formar itinerarios y calendarios de proyecciones. AHSEP, Departamento de Bellas Artes, Difusión cinematográfica, 17-10-6-35, 1935, 32 fs. Recientemente Alfredo Herrera López presentó su tesis de licenciatura en la que catalogó 53 cajas con 1600 expedientes del Fondo Departamento de Bellas Artes del Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública. La parte correspondiente a cine nos arroja valiosa información sobre lo existente en este archivo. Véase, HERRERA LÓPEZ, 2008, pp. 47-64.

²¹¹ *SALUBRIDAD*, no. 3, julio-septiembre 1930, p. 857. La transición del cine silente al sonoro y después al hablado propició un sinnúmero de desacuerdos entre las personas involucradas con la producción, dirección y

llegaron constantes quejas denunciando la irresponsabilidad de los dueños de cines al exhibir películas habladas en otro idioma. Eugenio Gaudry, propietario de *Cine-Aduana México* y ferviente 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 el nuestro sin que ninguna escena tenga continuidad, como pasa cuando los títulos no son impresos en las fotografías.²¹²

Pero no todo era cine extranjero. A inicios de la década de los cuarenta los títulos de películas registrados en los *Boletines* y el anuncio de que se creaba el *Comité Cinematográfico de Salubridad* sugerían que sí se producía cine mexicano sobre temas de salud. Ahora sabemos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia produjo sus propias películas y que éstas respondieron a las necesidades sanitarias del momento. Así, las campañas de salud organizadas por la Secretaría 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 poliomiélitis, entre otras enfermedades. Así mismo, buscaron despertar en la población infantil y juvenil el interés para que se integraran a brigadas juveniles y a las mujeres para que se formaran como enfermeras auxiliares, entre otros temas. La mayoría de estos documentales mexicanos 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

crítica cinematográfica. Es, sin duda, un tema apasionante del que solamente haremos mención de manera independiente. Para detalles sobre esta polémica (en México) se sugiere: REYES DE LA MAZA, 1973.

²¹² “Proyecto para evitar la americanización que envía Eugene Gaudrey al Jefe del Departamento Central del DF”, en AHSEP, Sección Bellas Artes, 1-15-8-96. 5 diciembre 1931, f. 13.

histórico que nos permite, entre otras cosas, recrear e imaginar acontecimientos, espacios, paisajes y escenarios del pasado.

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. Cuando se exhibieron en la ciudad generalmente se presentaron en horario matutino, “matinees”, y la entrada era gratis. Esta promoción resultaba atractiva y la afluencia de espectadores a las salas cinematográficas fue numerosa, tal y como lo demuestran una serie de fotografías de la época en las que se observan las mantas que anunciaban las películas y a numerosos grupos de personas a la entrada de los cines y sentados en las butacas de la sala.²¹³

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 brigada que trabajaba en Ixmiquilpan, Hidalgo, a la cual se le proporcionó un aparato de cine FILMO para que proyectaran películas de diferentes temas higiénicos.²¹⁴ Si la comunidad tenía cine, era un dato a destacar en los informes de trabajo de médicos, sanitaristas y maestros,²¹⁵ y como

²¹³ 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 se pueden ver en el *BDSP*, no. 2, 1928, p. 153, 155 y 159.

²¹⁴ *Salubridad*, Vol. VI, número 1 1935-1936. Informe del Servicio de Educación Higiénica, pp. 78-79.

²¹⁵ 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.

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.

e. ¿Quiénes diseñaron folletos y carteles y quiénes dirigieron cortometrajes?

Planteamos en la Introducción de esta tesis que la propaganda se erige como un espacio en el que interactúan diferentes actores sociales. Sin duda, los creadores y/o diseñadores artísticos jugaron un papel fundamental porque fueron los dibujantes, cineastas y fotógrafos quienes tradujeron en imágenes y diálogos accesibles, la información que recibieron de los médicos, sanitaristas y maestros como autores intelectuales de la propaganda. Generalmente fueron éstos, o los estudiantes de medicina, quienes escribieron las conferencias y los textos que acompañaban los dibujos de los carteles. A los fotógrafos correspondía la producción y difusión de la propaganda visual que también incluyó fotografías de los eventos que organizaba la SEHP para llevar el registro que difundía trimestralmente el *Boletín* del Departamento mostrando así cuál era la reacción de los ciudadanos frente a los eventos organizados por la Sección. Temporalmente colaboraron “profesores conferencistas” cuyo compromiso era escribir tres artículos por mes y presentar seis conferencias en diferentes lugares. Un mozo era el encargado de empaclar la propaganda, distribuirla y enviarla por correo.²¹⁶

La elaboración de los carteles estuvo a cargo de los dibujantes de la sección y su temática dependía de las oficinas a las que fueron asignados. Un ejemplo es el trabajo que realizó un

²¹⁶ “Reglamento Interior de la Sección de Propaganda y Educación Higiénica”, 1928. AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección: Servicio Jurídico, caja 15, exp. 1

dibujante comisionado a la Dirección de Higiene Veterinaria para la que hizo una serie de acuarelas de piezas anatómicas de animales.²¹⁷



Reproducida de Boletín Salud Pública de México. Vol. 4.1960

Otros dibujantes fueron asignados a la Oficina de Lucha contra la Lepra y la Campaña contra la Oncocercosis. El arquitecto José Villagrán García, quien en los años cuarenta fungió como supervisor del llamado *Proyecto Hospitales*, fue en los años veinte acuarelista del Departamento de Salubridad Pública. Sabemos que reconocidos artistas, exponentes de la Escuela Mexicana de Pintura, colaboraron con la Sección. Es el caso de Manuel Rodríguez Lozano, quien ingresó como dibujante de la Sección el 20 de enero de 1925, con un sueldo de 450 pesos diarios, y de Leopoldo Méndez, de quien se ha identificado un grabado e ilustraciones para la Beneficencia del Distrito Federal.²¹⁸

Recientemente pudimos identificar a un grupo de cineastas mexicanos que dirigieron y produjeron documentales sobre salud en las décadas de los cuarentas, cincuentas y sesentas. Algunos de ellos son el ya citado Francisco del Villar y Adolfo

²¹⁷ “Informe de la Sección Editorial” en *MDSP*, junio 1931- julio 1932, p. 194.

²¹⁸ El expediente personal de Manuel Rodríguez Lozano se encuentra en AHSS, SP, Personal, Caja 62, exp. 12, 1925. El cartel de Leopoldo Méndez en, AHSS, Beneficencia Pública, Junta Directiva, Legajo 7, exp. 9, 1931.

Garnica²¹⁹. También extranjeros, ya mencionados, como el alemán Walter Reuter y los estadounidenses Walt Disney, Herbert Knapp y Jack Chertok. Algunos reprodujeron simplemente la dinámica de la campaña, otros la combinaron con breves historias noveladas en las que el personaje central sufría a consecuencia de una enfermedad. Algunos de ellos también promovieron la figura del médico titulado como el único personaje apto para resolver los problemas de salud de la población. Dar seguimiento a los “creadores” de la propaganda sanitaria es un tema fascinante aún por trabajar.

f. ¿Cómo se distribuyó la propaganda higiénica?

Hacia finales de la década de los años veinte, por medio de acciones que las autoridades llamaron *giras de propaganda*, se convocó al personal de las delegaciones a que designaran a un médico de su adscripción para que recorriera los pueblos cercanos, distribuyendo folletos y carteles, exhibiendo películas así como dictando conferencias de higiene y salud.²²⁰

La respuesta de las delegaciones a esta petición 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 también estuvo

²¹⁹ Autor de una amplia filmografía de documentales entre los que destaca *Río Arriba* (1960) dedicado a la campaña contra la tuberculosis en la que el Barco *El Mensajero de la Salud*, inaugurado por el Presidente Adolfo López Mateos, navegó sobre el río Usumacinta visitando pueblos ribereños del estado de Tabasco. *Río Arriba* ganó el Premio Perla del Cantábrico al mejor cortometraje de habla hispana en la 9ª edición del Festival de cine en San Sebastián, España realizado en julio de 1961.

²²⁰ “Aviso de giras de Propaganda propuesta por el Departamento de Salubridad Pública, primer trimestre 1929” en AHSSA, SP, STPF, caja 10, exp. 16. Algunos estados incluidos en esta gira fueron Guanajuato, Jalisco, Chiapas, Campeche, Nuevo León, Querétaro, Veracruz, Zacatecas, entre otros. Esta 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 descuidar sus actividades médicas e incluso ausentarse de la delegación a la que estuviese adscrito.

condicionado a la situación política del estado en 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 porque denunciaron la inseguridad de ciertos lugares que ponían en riesgo su vida. Así, 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 Cadereyta ya que estaban “constantemente amagados por bandoleros”.²²¹

Los informes que enviaron 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 mismas a través de la elaboración de un *mapa sanitario* del país; es decir, les interesaba ubicar geográficamente los alcances y limitaciones del trabajo conjunto que realizaba el departamento de salubridad con las redes estatales que para la década de los treinta ya existían. Me refiero a las ya mencionadas delegaciones sanitarias, unidades sanitarias y la coordinación y cooperación de servicios sanitarios federales y locales.

El segundo objetivo fue administrar la distribución de folletos, carteles, hojas volantes y películas que desde la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, 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

²²¹ “Informe del bacteriólogo Ernesto Meana” en Respuesta de la Delegación Federal de Querétaro, marzo 1929, *Ibidem*, sf.

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.²²²

Las respuestas enviadas desde las diferentes 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 reparto de la propaganda no fue ni tan numerosa 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 reiterar las solicitudes del mismo.²²³

Este tipo de circulares, aunadas a los informes de trabajo y cartas conservan un tono similar. Sus autores coincidieron al argumentar que la pobreza de las comunidades, las condiciones insalubres, la ignorancia y la apatía de la gente eran solamente algunos de los problemas que dificultaban su labor médico-sanitaria. Otros impedimentos fueron la insuficiencia de personal, la escasez de medicamentos y el retraso con el que recibían la propaganda. También lo fue la falta de caminos y transporte para llegar a las comunidades,

²²² Circular no. 16 firmada por el Dr. Ayala, Secretario General del DSP, 20 marzo 1929. AHSSA, Fondo: Salubridad Pública (en adelante SP), Sección: Salubridad en Territorios, Puertos y Fronteras (en adelante STPF), caja 10, exp. 17.

²²³ AHSSA, SP. STPF, caja 10, exp. 17, Circular no. 16, 20 marzo 1929.

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 a los autores de esas cartas. Es decir, a los *intermediarios sanitarios*.

4. Intermediarios sanitarios. Varios perfiles

Según Michelle 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.²²⁴ 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.²²⁵ Por tradición, los “intermediarios obligados” han sido el cura, el médico, el notario y los maestros de escuela. En el caso particular de esta tesis, los personajes a quienes propongo como *intermediarios* son los médicos, maestros y sanitaristas; con excepción del último, se trata de aquellos “intermediarios obligados” reconocidos por Vovell. Estos tres personajes fueron quienes dieron atención médica a la población, fungieron como portavoces de las

²²⁴ VOVELLE, 1985, p. 166

²²⁵ *Ibidem*.

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 de un maestro y su buena disposición para comunicar sus conocimientos a los demás”.²²⁶ 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, tomar muestra de sangre, etc-. También fueron los encargados de promover la educación higiénica al difundir la propaganda, dictar conferencias, organizar giras de propaganda, festivales culturales y funciones de cine para amenizar las campañas sanitarias. Su trabajo los puso como blanco de un sin fin de actos de resistencia y acciones violentas de personas que por desconocimiento, negligencia, prepotencia o desconfianza los agredieron verbal y/o físicamente impidiendo, muchas veces, que cumplieran con su trabajo. Con sus testimonios y desde los escenarios más áridos y a veces ingratos, cada uno de ellos ha contribuido a reconstruir la historia de la salud pública en México en el siglo XX.

a. De la Facultad al campo

A este grupo de *intermediarios sanitarios* lo encabezaba un médico titulado. La tradición de su profesión y su formación científica, lo ponía como el guía de la campaña. 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

²²⁶ GONZÁLEZ RIVERA, 1946, pp. 53-57.

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 salía a 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 Sección de Educación Higiénica y Propaganda y un lote de medicinas, sueros y vacunas producidos por el Instituto de Higiene. Su trabajo en la comunidad comprendía la práctica de la medicina preventiva y curativa; es decir, prevenir enfermedades y curar a los enfermos y difundir temas de educación sanitaria. Cuando terminaba su período de estancia, debía escribir un informe médico con, *grosso modo*, la siguiente información: el número de visitas realizadas a los enfermos de la comunidad, los casos controlados, reportar el número de personas inmunizadas, el servicio antivenéreo y antituberculoso, proponiendo el diseño de planes de ingeniería sanitaria y un recuento de datos demográficos y estadísticos.

En la impartición de 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 estudiante tenía que elaborar un informe antropológico de su estancia en la comunidad. Como resultado 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, la alternativas a las deficiencias y/o carencias observadas. Estos trabajos

servieron 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 de servicio médico en el nivel nacional. Por una parte, la 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/o 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, más bien, los médicos fueran aceptados.²²⁷

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 aquel debía llevarse a cabo. En principio, hizo un llamado a los futuros médicos titulados para que consideraran volver a trabajar a la comunidad una vez terminada su carrera porque, decía Díaz Barriga, era una forma de retribuirle a sus habitantes las atenciones que les habían ofrecido durante su estancia. En segundo lugar, el médico michoacano enfatizó 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 era que los sensibilizaba ante la realidad

²²⁷ 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.

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 –seis meses- como se venía efectuando desde 1936. De ser así, para mantener a los médicos instalados en las comunidades debían cooperar las diferentes dependencias del Gobierno Federal y las instituciones que recibirían el beneficio directo de este trabajo.²²⁸ 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 en el proyecto de construcción de hospitales y al momento de formar el Bloque era el jefe del Departamento de Higiene escolar de la SEP. Los integrantes de esta agrupación apoyaron las candidaturas presidenciales de Adolfo Ruiz Cortines primero y de Adolfo López Mateos después. Así lo manifestaron abierta y públicamente. Con base en el repetido argumento de que les interesaba “velar por la salud del pueblo de México” organizaron a los “Legionarios de la Salud”.²²⁹ Llevaron a cabo conferencias, funciones de cine y “misiones médicas

²²⁸ DÍAZ BARRIGA, 1981, pp. 89-93.

²²⁹ 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

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. Alentando el compromiso personal, de gremio y como fuente de inspiración para sus actividades, Treviño redactó el *Decálogo del Médico* para 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, y a los padres. También promovió la figura del médico como el modelo a seguir porque debía ser ejemplo de corrección (en el vestir, hablar y comportarse), de limpieza y sobre todo de prevención. Sin mayor profundidad sobre el trabajo médico propiamente, este documento alentó las ya comentadas actividades de educación higiénica y propaganda que se mostraron como prioridades de los candidatos presidenciales en turno.²³⁰

b. Desde la Escuela de Salubridad.

La formación del *médico sanitarista* fue un requerimiento nacional en materia de salud porque su tarea principal era ofrecer el beneficio colectivo; es decir, el de los habitantes de la comunidad en donde trabajaba. Con base en las propuestas que hiciera el reconocido médico estadounidense William Welch²³¹ para organizar escuelas de salud pública, independientes de las de medicina, en 1922 se fundó la Escuela Mexicana de

conservación de la limpieza pública en el barrio o vecindad que habitan, exterminar insectos y/o parásitos, practicar deporte”. En TREVIÑO BECERRA-TREVIÑO MANZO, 2006, p. 22

²³⁰ TREVIÑO PEÑA, “El Bloque Nacional de Médicos” en, *Ibidem*, pp 19-23.

²³¹ 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 en Hopkins, Welch falleció el 30 de abril de 1934; Véase, PÉREZ TAMAYO, 1991, p. 167- 181. Hemos tomado su definición como base de este capítulo porque este médico se convirtió en el pilar de la salud pública en América. Sus postulados fueron ampliamente difundidos en América Latina gracias a la Fundación Rockefeller y al sistema de becas para que médicos latinos estudiaran en la Escuela de Salud Pública fundada por Welch en la Johns Hopkins University de la ciudad de Baltimore.

Salubridad. En 1914 el también estadounidense Abraham Flexner propuso una categorización para los oficiales sanitarios que participarían en las campañas sanitarias y propuso a tres tipos de agentes: 1. los ejecutivos que eran agentes distritales y comisionados sanitarios en la ciudad, 2. bacteriólogos, epidemiólogos, químicos e ingenieros. 3. los que trabajaban con la gente: oficiales sanitarios locales, inspectores de alimentos y enfermeras técnicas.²³² También propuso que se evaluara si las carreras de medicina y salud pública debían impartirse juntas o separadas. Apoyado en la opinión de William Welch, Flexner sugirió que debía haber una escuela de medicina y otra de salud pública en donde se formara a todo aquel que se interesara en trabajar en esta área colaborando 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 (MD) ya que en su opinión, contaba con la mejor escuela de medicina de Estados Unidos.²³³ 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 en donde preparar a enfermeras dispuestas a realizar trabajos

²³² FEE, 1987, p. 35. La ubicación de la escuela –en el oeste del centro de la ciudad de Baltimore– propició que las primeras prácticas se realizaran en las zonas circunvecinas en donde se asentaban colonias de inmigrantes europeos y de población negra con quienes se iniciaron campañas de educación higiénica, vacunación, etc. El modelo escolar promovido por Welch en la escuela de Baltimore sirvió de ejemplo para las universidades de Harvard, Yale y Columbia en donde también se abrieron escuelas de salud pública. Welch estuvo al frente de la escuela de Baltimore hasta 1925. Para una historia detallada de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, se recomienda Elizabeth Fee, *A History of education in Public Health*, 1991, Oxford University Press.

²³³ 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, FOSDYCK, 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”. Fee, 1987, p. 48

de servicio social.²³⁴ La influencia en América Latina se hizo evidente con la fundación de las escuelas brasileña y mexicana.

En 1920, en el marco del *VI Congreso Médico Nacional*, celebrado en la ciudad de Toluca, el doctor Alfonso Pruneda -Secretario General del DSP- presentó una conferencia fundamentado la necesidad de crear estudios especializados en salud pública para formar a enfermeras, inspectores sanitarios, oficiales y doctores en salubridad.²³⁵

Propuso entonces la creación de tres carreras y siguiendo el modelo estadounidense diseñado por Welch, se pensaba formar en México al doctor en salubridad que sería un especialista en medicina preventiva. También se debía formar al oficial de salubridad y a las enfermeras. Sin duda el equipo ideal para emprender campañas masivas e itinerantes.

A esta iniciativa de Pruneda hay que agregar la preocupación que los médicos de la época manifestaron con respecto al desempeño de los inspectores sanitarios al salir de la ciudad. En una reunión de trabajo entre médicos y estudiantes de medicina celebrada en junio de 1921, se planteó la necesidad de conformar un grupo de sanitaristas que trabajaran fuera de la ciudad de México y sus municipalidades; también plantearon cómo debían trabajar con la población, adjudicándoles además de sus responsabilidades en materia de salubridad, el papel de *intermediarios* y agentes educativos.²³⁶ Esto sugiere la idea de que

²³⁴ *IBIDEM*, p. 179. Ruy Pérez Tamayo recoge fragmentos de esta conferencia de Welch de la obra *Papers and Addresses by William Henry Welch*, editada por WC Burket en 1920.

²³⁵ PRUNEDA, 1921. t. II, pp. 517-518.

²³⁶ Con base en los documentos revisados se puede establecer 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 de 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 junio 1921. Mecanuscrito, en AHSSA, SP, Epidemiología, caja 23, exp. 1, s/f. Este autor toma por referencia histórica sobre el sanitarismo el libro titulado *The Health Officer* de Oberton y Deno del cual no fue posible conseguir algún ejemplar. El Doctor Monjarráz, en su trabajo titulado “Preliminares sobre la inspección sanitaria de las municipalidades”, del 23 de abril de 1921, también toma como referencia este libro, lo cual sugiere una búsqueda mayor al tipo de literatura consultada por los médicos de la época. Véase AHSSA, SP, Epidemiología, caja 23, exp. 1, f 100 y/o en el *BDSP* de enero a junio de 1921.

el médico buscó deslindarse de esa responsabilidad pero sobre todo, plantea una connotación de división de oficios y de definición de territorios para trabajar.

En respuesta a estas iniciativas, en enero de 1922 se aprobó la fundación de la Escuela de Salubridad en México. Al mes siguiente se abrieron las convocatorias para quienes quisieran estudiar allí, pero ante la falta de solicitudes, hubo necesidad de prorrogarlas un mes más.²³⁷ Un año después se lanzó una nueva convocatoria nacional dirigida a los gobernadores de los estados de la República para que actuasen como mediadores con las direcciones o consejos estatales de salubridad para enviar a médicos locales a estudiar en la Escuela.²³⁸

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.²³⁹ 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 volver a

²³⁷ RUIZ SÁNCHEZ, año, p. 352.

²³⁸ “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, Serie: Escuela de Salubridad (en adelante ES), caja 1, exp. 1.

²³⁹ *Ibidem*. 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.

prestar servicios a sus estados.²⁴⁰ Esta realidad se convirtió en un problema de exceso de médicos en la ciudad y la consecuente falta de ellos en los estados.²⁴¹ Además, durante 1924, el ingreso de estudiantes disminuyó al punto que se clausuraron algunos cursos y se replanteó el plan de estudio.²⁴² Al año siguiente, las actividades de la escuela se normalizaron cuando el presidente Plutarco Elías Calles emitió un nuevo decreto para el funcionamiento de la Escuela de Salubridad. Este documento reconocía la necesidad del DSP de contar con personal especial para desempeñar los servicios sanitarios y destacaba que la medicina preventiva era considerada en otros países (no menciona cuáles) como una “profesión especial”; por lo tanto, era necesario fomentarla entre los estudiantes mexicanos por medio de una preparación específica, de la cual carecía el país.²⁴³ Para lograr éstos propósitos se debía integrar una planta de profesores que estudiaran en el extranjero para que a su regreso trabajaran en la escuela organizando el servicio escolar de la carrera de médico sanitario.²⁴⁴ Habría una promoción de médicos cada dos años y la elección de candidatos la haría el propio presidente con base en los requerimientos del Departamento; los seleccionados gozarían de una pensión de tres mil pesos anuales.²⁴⁵ La base de los planes de estudio retomarían los de su homóloga 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

²⁴⁰ “Informes de trabajo. Escuela de Salubridad”, 1923-1924, en AHSS, SP, ED, ES, C 1, exp. 3.

²⁴¹ 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.

²⁴² 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. En AHSS, SP, ED, ES caja 1, exp. 3.

²⁴³ Fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 18 de abril de 1925.

²⁴⁴ Una copia está publicada en el *BDSP*, No. 1, 1925, pp. 181-183; otra en VALDESPINO y SEPÚLVEDA (comps.), 2001, p. 34.

²⁴⁵ 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.

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.²⁴⁶

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 período expuesto (1923-1938) nos revelan que en un período de quince años egresaron mil ochenta y dos estudiantes de los diferentes cursos.²⁴⁷ Esto equivale a setenta y dos 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 4 millones de habitantes) se encontraban sin servicio médico y asistencial.²⁴⁸ Si bien los datos demuestran que la cantidad de egresados de la escuela resultaron insuficientes, debemos tomar 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.

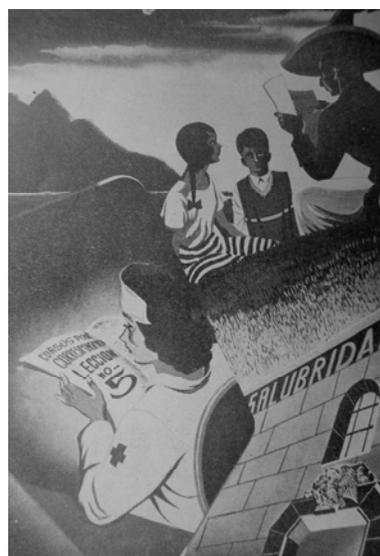
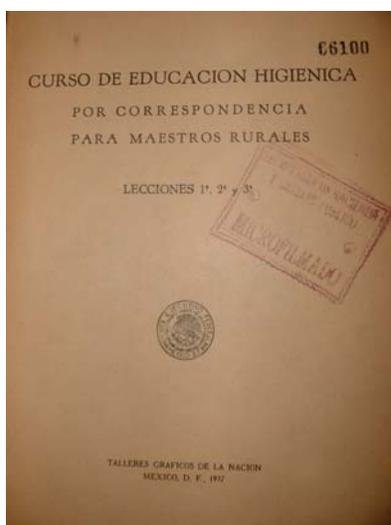
²⁴⁶ “Folleto de la Escuela de Salubridad de México”, en AHSSA, SP, ED, ES, caja 1, exp, 12, 1928. Por el momento, desconozco el número de médicos que fueron becados a la Johns Hopkins. El ya citado médico Miguel Bustamante fue el primer becario mexicano en asistir a estudiar a la Escuela de Johns Hopkins y se doctoró en Salud Pública. Como ya vimos en el capítulo anterior se trata de un personaje muy activo en el desarrollo de la salud pública en el país.

²⁴⁷ Ciento catorce oficiales médicos, doscientas treinta y un enfermeras, doscientos sesenta y nueve agentes e inspectores sanitarios, treinta y siete trabajadores sociales y cuatrocientos treinta y uno egresados de cursos técnicos y de capacitación de enfermedades transmisibles. En: VALDESPINO, 2001, *Op cit*, p. 18

²⁴⁸ “¿Carencia de médicos?, ¿abundancia de médicos? En Sección Editorial de *Salubridad*, Vol. III, No. 1, enero-marzo 1932, pp. 11-12.

c. Desde la Secretaría de Educación Pública

Aparte del papel desempeñado por médicos y sanitarios como los intermediarios para curar y educar a la población bajo los preceptos de la medicina científica, es indiscutible el papel desempeñado por los maestros rurales. Sin duda su participación fue fundamental para la implementación de programas de educación higiénica ya que intervinieron como los intermediarios entre la propaganda sanitaria y la población mayoritariamente analfabeta. 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 y 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”.²⁴⁹



²⁴⁹ “Curso de educación higiénica por correspondencia para maestros rurales”, DSP, Talleres Gráfico de la Nación, 1937, p. 3. El ejemplar que se reproduce en la fotografía se encuentra en el fondo *Folletería* de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada.

Por intermediación de la Secretaría de Educación Pública, los cuestionarios fueron publicados en la revista *El Maestro Rural*, su principal órgano de difusión.²⁵⁰ Las lecciones estuvieron acompañadas de un cuestionario de diez preguntas. Los autores de los cuestionarios afirmaron que la finalidad de los mismos 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”.²⁵¹ 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.²⁵² 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”.²⁵³ Los maestros rurales, aparte de realizar su tarea escolar, se vieron comprometidos a resolver emergencias médicas.

²⁵⁰ Solamente los números de *El Maestro Rural* publicados entre mayo y septiembre de 1932 incluyen estos cuestionarios.

²⁵¹ *Salubridad*, Vol. 2, 1935, p. 20

²⁵² 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, en *Salubridad*, Vol. 1, 1935, p.85.

²⁵³ BUSTAMANTE, 1933, p. 104.

Lo que algunos de ellos llamaron “responsabilidad moral” para con los habitantes del pueblo en donde trabajaron, los llevó a emprender su propia campaña ante las autoridades correspondientes a quienes solicitaron una y otra vez propaganda higiénica justificando su importancia para sensibilizar a la población. Así, la profesora Bertha Valdepeña, de la escuela ubicada en la Cañada de Cisneros en Tepetzotlán (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 curado.²⁵⁴ Pero 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.²⁵⁵

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.²⁵⁶ 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 apareció en escena como un aliado de las prácticas médico-científicas porque promovía al facultativo como la mejor opción de curación.

²⁵⁴ “Solicito un Folleto”. Carta de la Profesora Valdepeña al Jefe del Departamento Médico de la SEP. En AHSEP, Fondo Psicopedagogía y Educación Higiénica, caja 16, 06/2. 18 marzo, 1936.

²⁵⁵ 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.

²⁵⁶ “El Paludismo y las Escuelas Rurales” por el Dr. Pedro Bravo Gómez. En AHSEP, Fondo Psicopedagogía e Higiene, Fólter III/921/-1 pp 83-87.

Otro ejemplo que muestra la vigencia de los maestros aun después del auge de la Misiones Culturales 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, 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”.²⁵⁷ Hasta aquí hemos visto cual fue la colaboración de los maestros en la empresa sanitaria de los años veinte a los cuarenta del siglo XX. Pero ¿cómo fueron representados en la propaganda? Veamos.

Un medio para promover el papel del maestro rural como colaborador de los proyectos sanitarios estatales y acrecentar su nivel de aceptación entre la población fue a través del cine. Su condición de letrado lo convirtió en el protagonista de cortometrajes elaborados por la Secretaría de Salubridad. En 1959, Francisco del Villar, con un texto de

²⁵⁷ AHSSA. Fondo: SSA. Sección: SubSyA, caja 7, exp. 9 “Misiones Culturales motorizadas”, 1946, 15 fs.

María Luisa Mendoza, dirigió un documental de 10 minutos titulado *La Respuesta*²⁵⁸, que se desarrolló en uno de tantos pueblos mexicanos definido como “un punto en la amplia geografía de México” que en esas fechas aún esperaba atención de las autoridades sanitarias. Después de recorrer con la cámara el pueblo en cuestión y de presentar al espectador cómo era la vida allí, Del Villar nos lleva al salón de clases en donde el maestro rural –que lleva la voz en *off*- aparece en escena dando clases a un grupo de niños. Mientras escribe en el pizarrón cuál será la lección del día se presentan ante él un grupo de campesinos que le piden que escriba una carta solicitando un médico y servicios sanitarios para el pueblo. Después de escrita –en máquina de escribir-, firmada por los hombres del pueblo y enviada a la ciudad de México, pasan varias semanas hasta que la esperada respuesta llega, no en papel, sino con la brigada sanitaria en persona. La petición había sido atendida porque el pueblo solicitante estaba finalmente incluido “en un vasto programa de salubridad y asistencia”. Gracias a la “ciencia y a la técnica” iban a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. Después de este gran evento para el pueblo, el maestro se siente complacido porque su colaboración fue determinante para ayudar a sus vecinos.

En esta representación cinematográfica, la presencia del maestro rural motivó a los demás integrantes de la comunidad a solicitar los servicios de salud y esta acción colectiva nos lleva a destacar la importancia de la *motivación* como una de las banderas enarboladas por los intermediarios sanitarios. Éstos, además de atender a la población enferma, impulsaron a la sana a participar en programas de educación higiénica, explicándoles cuáles eran los hábitos y formas de vida que les podían garantizar bienestar. En este sentido, la *motivación* debía estar integrada por conocimientos prácticos en la materia, podía

²⁵⁸ *La Respuesta* fue una producción de Sagitario Films, dirigida por Francisco del Villar en 1959. Guión de Alejandro Verbitsky y texto de María Luisa Mendoza. Fue musicalizado por los estudios Rivatón de América. Tiene una duración de 10 minutos. Existen dos copias en el Acervo filmográfico del AHSSA.

inculcarse de diferentes maneras y en la persona de los educadores recaía la mayor responsabilidad. Para motivar había que predicar con el ejemplo y ese fue uno de los métodos comunes.²⁵⁹

²⁵⁹ En la conferencia sobre Educación Higiénica realizada en la Academia de Medicina de Nueva York en 1947, la antropóloga Margaret Mead participó del evento y expuso particularmente cual podía –o debía- ser la participación de los antropólogos promoviendo y motivando a la gente a adquirir hábitos higiénicos adecuados. Para motivar a la gente había que predicar con el ejemplo y parte importante del antropólogo era realizar las tareas que hacían los demás y participar de sus eventos para que al momento en que el antropólogo propusiera alguna nueva tarea tuviese una mejor recepción. Véase, MEAD, 1948, p. 7

Consideraciones finales.

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/o 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 enfermarte ó báñate para ser limpio. También respondieron al contexto internacional del momento que –como veremos a lo largo de éste y los próximos capítulos- marcó la impronta de los contenidos. También al interés del gremio de médicos que la diseñó pues así reforzaban a 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 respondieron a los intereses económicos de las empresas productoras de alimentos o bebidas a las que solamente importaba vender sus productos.

A lo largo de los 35 años que estudia esta tesis, la propaganda sanitaria se hizo presente en diferentes formatos. Desde la tradicional conferencia impartida por médicos y/o estudiantes de medicina hasta la proyección de películas que atrajo a miles de 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 más no curar. Es decir, solamente se prevenía, motivaba, persuadía y buscaba convencer al

espectador para que renovara hábitos arraigados que contravenían a su desarrollo higiénico. Por supuesto, también se buscó inculcarles el cuidado de su salud, recomendándoles que visitaran al médico titulado cuando lo necesitaran.

Además, cada uno de estos instrumentos analizados en este capítulo mantuvo en su contenido ideológico 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 pos revolucionarios 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, por una parte, la imagen del México posrevolucionario como un país que incursionaba en la modernidad del siglo XX; por la otra, la de un Estado mexicano promotor de una cultura de la higiene y prevención de enfermedades. Pero 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 enfocó sus reflectores en los *intermediarios sanitarios* quienes, definidos por Michelle Vovelle como “agentes de circulación”, fueron el enlace entre la tríada formada por el Estado mexicano, las autoridades sanitarias y la población.

Capítulo 3. **Cine contra la sífilis y literatura contra el alcoholismo**

Presentación.

Desde finales del siglo XIX los médicos porfirianos opinaban que la sífilis y el alcoholismo eran el azote de los hombres y las causas de desgracias familiares. Ambas enfermedades y sus efectos fueron tema de debate en el discurso médico y el social. El alcoholismo también lo fue en el jurídico porque “además de haber sido un peligro biológico para la nación era una amenaza jurídica ya que el estado de ebriedad era un atenuante de la responsabilidad criminal”.²⁶⁰ La connotación moral que cubrió a ambos padecimientos produjo un nivel de estigmatización y descrédito para quien era –o es- un borracho o un sifilítico.

El 19 de enero de 1917 el doctor José María Rodríguez reforzó estas apreciaciones en el Constituyente afirmando que México era el país más alcoholizado del mundo. En su discurso de ese día dedicó más de la mitad del tiempo a hablar del alcoholismo al que definió como “una enfermedad de la raza”. Aseguraba que lo que acontecía en México, no se veía en ninguna parte del mundo. En su percepción, la raza indígena ya estaba perdida por el alcohol y cuando especificó a qué alcohólicos se refería dijo que a los albañiles, cocheros y obreros. Hablaba; según él, de “todo el pueblo de México que consumía diariamente siete trenes de pulque”.²⁶¹ 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 este capítulo identificamos dos de las campañas que movilizaron a las autoridades sanitarias a finales de los años veinte: la campaña contra

²⁶⁰ RÍOS MOLINA, 2007, p. 119. El trabajo de Ana María Carrillo sobre el papel de los médicos frente al alcoholismo, durante el porfiriato es un trabajo pionero en el tema. Véase CARRILLO, 2002

²⁶¹ RODRÍGUEZ, 1992, p 300.

las enfermedades venéreas de 1927 y contra el alcoholismo en 1929, promovidas por los doctores Bernardo Gastélum y Aquilino Villanueva respectivamente, quienes atendieron al llamado del presidente Emilio Portes Gil para ponerlas en marcha. Además de reconstruir cómo operaron ambas campañas, lo que interesa aquí es identificar que las categorizaciones morales aunadas a las afecciones físicas que también causaban estas enfermedades, fueron los temas tratados en la propaganda sanitaria producida para cada una de ellas. Dicha propaganda buscó por una parte, mostrar cuáles eran esas afecciones y por la otra, las consecuencias sociales de estos padecimientos.

Los dos instrumentos de educación higiénica seleccionados para tal propósito son el cine y la literatura. Con respecto al primero tomaremos como referente dos películas estadounidenses y una mexicana sobre el combate a las enfermedades venéreas. El análisis de su contenido permitió hacer un balance comparativo sobre la manera en que se trató el tema en un país y en otro y en épocas diferentes. Las 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 los Estados Unidos y exhibidas en diferentes cines de la ciudad de México y de provincia, en el marco de la Campaña Nacional Antivenérea de 1927. El documental mexicano se titula *Reconquista* (1957) y fue producido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia para la campaña antivenérea de los años cincuenta.²⁶²

²⁶² Julia Tuñón en su libro *Cuerpo y Espíritu. Médicos en celuloide* se refiere a dos películas mexicanas comerciales sobre este tema. Una de ellas es el largometraje mudo *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 que contagió a su esposa de alguna enfermedad venérea. *El Beso Mortal* (Fernando A. Rivero 1938) “critica la ignorancia y el miedo a una enfermedad que –se dice– puede curarse, se ridiculiza el pudor que impide nombrarla, pero paradójicamente ningún personaje la llama por su nombre” se refiere a las enfermedades venereosifilíticas. Véase, TUÑÓN, 2005, pp 60-64. Aunque la

Por su parte la campaña contra el alcoholismo la miraremos a través de dos publicaciones destinadas al sector rural. Me refiero a *El Sembrador* y *El Maestro Rural* editadas por la Secretaria de Educación Pública la que junto con el Departamento de Salubridad tomó parte activa en esta campaña.²⁶³ Por esta razón, seleccionamos algunas imágenes que ilustran cómo se representó gráficamente una “enfermedad moral” como el alcoholismo. Sin duda, la propaganda para combatirlo estuvo cargada de connotaciones morales y éticas que lo hicieron un “peligro para México” y convirtieron al borracho, en un mexicano despreciable.

Este capítulo se divide en tres partes. La primera expone rasgos generales de la llegada y desarrollo del cine en México. La segunda parte trata la campaña antivenérea y antes de adentrarnos en los contenidos de *Listos para Vencer*, *Al final del camino* y *Reconquista*, mostramos al lector cuál fue el contexto cinematográfico en que las películas de temas médicos y de higiene fueron adquiriendo importancia y se convirtieron en instrumentos de educación higiénica de gran uso. La tercera parte está dedicada a la campaña antialcohólica. Para presentar *El Sembrador* y *El Maestro Rural* expondremos sus características generales y el contenido de su literatura haciendo hincapié en las ilustraciones y actividades recreativas que se organizaron para integrar a los campesinos a la cultura de la higiene. Retomamos el ya mencionado argumento de que uno de los propósitos de esa literatura prescriptiva y normativa radicó en fomentar entre los campesinos la conformación de hábitos higiénicos. La que aquí interesa es la que buscó alejarlos del alcohol.

autora se refiere a que ambas películas tuvieron un evidente carácter didáctico, no fueron promovidas por el entonces Departamento de Salubridad Pública como parte de sus programas de educación higiénica.

²⁶³ Fragmentos del análisis a estas revistas y las ilustraciones que aquí se incluyen, fueron recientemente publicadas en el artículo “Educación Higiénica y consejos de salud para campesinos en *El Sembrador* y *El Maestro Rural*, 1929 y 1934”. Véase, GUDIÑO, 2008.

1. Y llegó el cine a México.

En el México que recibió al cinematógrafo en 1896 el espectador fue el primer sorprendido de ver 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.²⁶⁴ Diversos autores mexicanos han expuesto las posibilidades industriales, recreativas y educativas que ofreció el cine desde su llegada al país. Nombran a los empresarios que forjaron la industria cinematográfica mexicana y recrean el ambiente popular en torno a los diferentes estrenos.²⁶⁵

Las primeras películas realizadas en México y vistas por los mexicanos mostraron 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/o de los caudillos revolucionarios fue una tradición que continuó después de realizada la filmografía en torno a la figura de Porfirio Díaz. Esto explica, en parte, los cientos de tomas cinematográficas en las que aparecieron los sucesores de Díaz.²⁶⁶

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 titulada *La llegada del tren* marcó el inicio de la producción cinematográfica en México.

²⁶⁴ REYES DE LA MAZA, 1973, p. 14

²⁶⁵ Los historiadores del cine en México son sin duda, Emilio García Riera, Aurelio de los Reyes y Francisco Peredo Castro. También me interesa mencionar la obra de Rafael Aviña, Julia Tuñón, Pablo Humberto Posada, Francisco Reyes de la Maza e Isis Saavedra Luna, entre otros, que nos ofrecen lecturas analíticas de momentos específicos de la historia del cine mexicano. Véase bibliografía.

²⁶⁶ 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, combina fotografías fijas con fragmentos de películas de época.

Los trenes mostraban el esplendor porfirista y fueron el eje central de algunas *vistas* de la revolución.²⁶⁷ Otros documentales de la Revolución y de la vida cotidiana de los mexicanos después del movimiento armado de 1910 fueron los temas más difundidos. Buena parte de la naciente industria cinematográfica mexicana estuvo influenciada desde sus inicios por películas francesas, italianas, estadounidenses y alemanas que llegaron al país desde finales del siglo XIX.

Sin duda los casos de nota roja e historias de amor colmaron las pantallas de los cines que empezaron a proliferar en la ciudad de México.²⁶⁸ *La Banda del automóvil gris*, dirigida por Enrique Rosas en 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.²⁶⁹

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 elaborando 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.²⁷⁰

²⁶⁷ DE LOS REYES, 1996, vol. 1, p. 95.

²⁶⁸ Susana Sosensky recrea, entre otros temas, las condiciones y el uso de los cines en la ciudad de México a lo largo de la década de los veinte. Véase, SOSENSKY, 2006, pp. 37-64.

²⁶⁹ AVIÑA, 2004, p. 13.

²⁷⁰ Al respecto véase DE LOS REYES, 1993, Vol. II, FEIN, 1996b, PEREDO CASTRO 2000, entre otros.

La educación de ciertos sectores de la población a través del cine también fue una inquietud de los ministerios de gobierno. Por ejemplo, la Secretaría de Guerra se valió del cine para educar y moralizar a la tropa. El bajo nivel educativo de los soldados debía mejorarse y se presionó a las autoridades a hacerlo. Cuenta Aurelio de los Reyes que en septiembre de 1920, Fernando Orozco y Berra, encargado del departamento cinematográfico de la Secretaría, anunció que 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”.²⁷¹

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 Teotihuacán. Lo utilizó no sólo como un auxiliar metodológico, sino para estudiar costumbres, preservar el folklora de la región y educar a la población del Valle de Teotihuacán.²⁷²

Para mostrar un país en franca recuperación social y material había que hacer visible una población educada en materia de higiene. Por esto, el aspecto sanitario fue un tema tratado en el cine mexicano y su 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

²⁷¹ DE LOS REYES, 1993, Vol II, p. 63.

²⁷² Para más información de la experiencia de Gamio con el cine en su proyecto de Teotihuacan, véase DE LOS REYES, 1991.

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.²⁷³

Aurelio de los Reyes también afirma que el Consejo Superior de Salubridad, con la finalidad de prevenir los estragos del mal venéreo, sobre todo entre la juventud, exhibió una película sobre la sífilis que había sido enviada por la *Asociación Americana de la Higiene Social* de los EUA.²⁷⁴ Como veremos más adelante, fueron otros dos filmes estadounidenses los enviados a México para que se exhibieran en la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas de 1927.

El año de 1931 marcó un parteaguas en el cine nacional porque se produjo la primera película mexicana hablada que era presentada en el mercado cinematográfico nacional: *Santa*.²⁷⁵ Además, para los intereses de esta tesis, se trató de una película

²⁷³ DE LOS REYES, Op cit, Vol. II, p. 63. Este autor no cita su fuente. SOSENSKY cita para la misma nota a ALMOINA, Helena, 1980.

²⁷⁴ De los Reyes, Vol. 2, 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 la titulada “*First Aid Treatment after exposure to VD*”. Copias de estos cortometrajes se encuentran en los National Archive Record Administration NARA. (Washington DC).

²⁷⁵ 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 en donde se exhibió durante 4 semanas. La última versión fue la de 1969 dirigida por Emilio Gómez Muriel e interpretada por Julissa.

ambientada a principios del siglo XX cuya trama involucró la relación de la protagonista con la enfermedad y los servicios sanitarios de su época.²⁷⁶

El éxito comercial del cine y su rentabilidad como negocio estimuló la creación de varias empresas. Así a fines de los años treinta surgieron las primeras productoras: Clasa Films, Filmes Mundiales Grovas y Compañía, Producciones Raúl de Anda y Rodríguez hermanos, entre otros, que filmaban sus propias películas.²⁷⁷

Entrando a la década de los cuarenta inició la etapa del cine mexicano que lo caracterizó y distinguió en el extranjero, mejor conocida como *época de oro*, en 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 el fotógrafo Gabriel Figueroa, 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.²⁷⁸ El cine como fábrica de imaginarios se apropió de la estética producida por la dupla Emilio Fernández- Gabriel Figueroa para construir representaciones del México posrevolucionario que fueron vistas y asimiladas por miles de mexicanos. Rafael Aviña, sin quitar mérito a los directores de cine de esta etapa, opina que 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.²⁷⁹

²⁷⁶ En cada una de las versiones de *Santa* se muestra desde diferentes perspectivas el sufrimiento de Santa una vez que se hace manifiesto el cáncer que la afecta. Es en la versión de Norman Foster en donde se muestran escenas del Hospital de mujeres sifilíticas a donde las prostitutas asistían a su revisión mensual.

²⁷⁷ AVIÑA, 2004, p. 14

²⁷⁸ *Ibidem*, p. 95

²⁷⁹ *Ibidem*

En películas “doradas” como *María Candelaria* y *Río Escondido*, los protagonistas que padecen paludismo y viruela 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 de *El Rebozo de Soledad* también encontramos representado el diario desazón de los médicos asignados en comunidades rurales pobres que hacían más difícil su labor. Películas como estas forjaron la representación de un mundo rural enfermo que en las décadas de los cuarentas y cincuentas 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” que se utilizaron para educar higiénicamente a la población, ahora se nos presentan como una valiosa fuente de estudio para explorar la dinámica social y cultural de su contenido así como las representaciones que construyeron del individuo ideal, es decir, aquel que era limpio, sano y feliz. Por si fuera poco, también protegido por un Estado benefactor que debutó en pantalla como el promotor de las películas.

2. Campaña Antivenérea. Un estreno de 1927.

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.²⁸⁰

¿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 el 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 DC a finales de 1926. Allí presentó su ponencia titulada *La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social*, cuyo eje argumental fue 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 el 60% de la población padece la *infección específica*, esto significa que solo en la capital hay mas de 50 % de los habitantes sifilíticos. Hay cerca de 29 mil mujeres que ejercen la prostitución y de ellas 18 mil tienen. De la población entre 15 y 25 años, el 30% padece de esta afección”.²⁸¹

El médico no desconocía dos problemas centrales. Primero, una deficiente educación sexual entre los jóvenes, tema que empezaría a discutirse en el nivel nacional a inicios de los años treinta cuando Narciso Bassols fungía como secretario de educación y

²⁸⁰ *Boletín DSP*, no. 1 1927, p. 214,

²⁸¹ GASTÉLUM, 1926, no. 4, p. 5

propugnaba por difundir la educación sexual desde la primaria. En su momento, Gastélum no incluyó a los niños en el plan de educación sexual, solamente a los jóvenes porque opinaba que:

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 oculta a nombre de un pudor que encontrara después, absurdo. Lo que una educación inteligente debería haber evitado, una enseñanza clandestina ha deformado y pervertido.²⁸²

El segundo problema era 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.²⁸³ 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 su esposa, que quedaba propensa a transmitir la enfermedad al hijo que pudiera engendrar.

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 argumentando, cuando dio su conferencia, que solamente existían 6 en la ciudad de México. Segundo, se exigiría a las parejas próximas a contraer

²⁸² *Ibidem*

²⁸³ Código Sanitario 1926, *Op cit*, p. 35

matrimonio la prueba *Wasserman*.²⁸⁴ 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”.²⁸⁵ 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 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. Se 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.²⁸⁶

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 existentes para evitarla. Se procuró darles un tono que “no hiriera en lo

²⁸⁴ El primero en elaborar un suero-reacción para detectar 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. En bibliografía. Sobre las inexactitudes de la prueba Wassermann véase RÍOS MOLINA, 2007, *Op cit*, pp. 161-168.

²⁸⁵ GASTÉLUM, 1926, *Op cit*, p. 5

²⁸⁶ 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, SLP, Coahuila, Campeche, Nuevo León, Tamaulipas, Tabasco, Yucatán, Quintana Roo, Nayarit, Baja California, Jalisco y Colima.

mínimo la susceptibilidad moral de los oyentes, pues no se apartarán de un plano estrictamente científico aunque en un lenguaje llano y únicamente tendrán como fin desbaratar prejuicios y sembrar conocimientos de profilaxia y de higiene en general”. 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 a la población.

a. De *Listos para Vencer* a *Al Final del Camino* en campaña.

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.²⁸⁷

El 16 de enero de 1927 el Dr. 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 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.”²⁸⁸

Como ya se mencionó, 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)*.

²⁸⁷ Carta de Francisca Huerta, trabajadora social en la Misión Cultural de Santa Clara Michoacán, en AHSS, Salubridad Pública (SP), Fondo Inspección Antivenérea (IAV), caja 3, exp. 4, 2 Mayo 1931.

²⁸⁸ Discurso de Inauguración Campaña Nacional Antivenérea, *Boletín DSP*.

A las 10 de la mañana del día 11 se efectuó la primera matinée 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.²⁸⁹

La entrada a estas funciones organizadas por el departamento eran gratuitas 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* y la alemana *Falso Pudor*.

b. Primera llamada

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 titulado *Damaged Gods* dirigida por el francés Eugene Brieuxs, cuyo tema central fue el combate a las enfermedades venéreas. 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.²⁹⁰ A partir de ese momento, cada aspecto relacionado con la salud, desde cepillos de dientes hasta *toilets*, se convirtieron en tema para la industria cinematográfica comercial.²⁹¹

²⁸⁹ “Exhibición de películas en la campaña antivenérea” en BDSP, No. 3, 1927, p. 147.

²⁹⁰ 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.

²⁹¹ PERNICK, 1978, 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.

Durante la Primera Guerra Mundial, las películas sobre enfermedades venéreas 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 a que dependencias federales y/o fundaciones particulares como la Fundación Rockefeller, el US Public Health Service, la Armada, el Department of Health, Education and Welfare y la ya mencionada American Social Hygiene Association (ASHA), produjeran cientos de cortometrajes, largometrajes y documentales (silentes y hablados) que se especializaron en temas de higiene, prevención y combate a enfermedades.²⁹²

El 17 de abril de 1917, sólo 11 días después de la entrada de Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial, se formó *The Commission on Training Camp Activities* (CTCA) que organizó un programa de actividades recreativas, educacionales y de diversión. Poco después se integró: *The Social Hygiene Instruction Division* creada por Raymond Fosdyck, bajo la dirección de la *American Social Hygiene Association* (ASHA).²⁹³ A partir de entonces se desarrolló un programa más amplio de educación sobre enfermedades venéreas que básicamente promovía la abstinencia sexual como método para prevenirlas. Los esfuerzos propagandísticos fueron varios y lo más sobresaliente fue la filmación, en 1918, del primer largometraje silente (drama) producido por el gobierno y llamado *Fit to Fight* o *Listos para pelear* que después de finalizada la guerra, cambió su nombre a *Fit to Win* o

²⁹² El historiador Martin 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, 1996, pp. 45- 56.

²⁹³ 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.

Listos para vencer, tal y como se exhibió en México en el marco de la campaña nacional antivenérea de 1927.²⁹⁴



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

La película la dirigió el teniente de guerra Edward H. Griffith²⁹⁵, director de la sección de cine de la *Comission on Training Camp Activities* y la produjo la *American Social Hygiene Association*. *Listos para Vencer* es la historia de 5 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 enfermedades venéreas; 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 a buscar mujeres. La consecuencia de su acto

²⁹⁴ Recordemos que no fue posible localizar copia de este largometraje. Para conocer a detalle la trama se recomiendan los trabajos de Adolph 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 Grio interpretado por Chick Carlton y Paul Nelly por Hank Simpson.

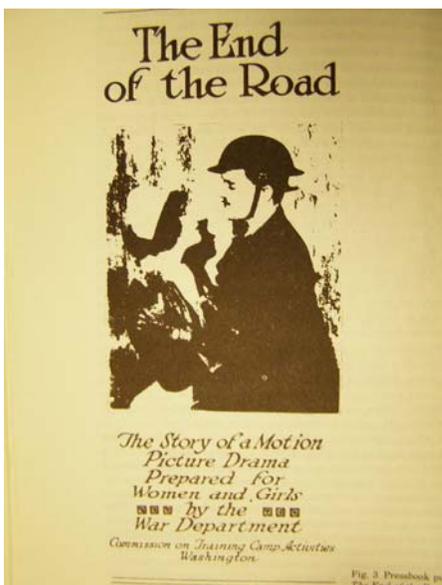
²⁹⁵ Nació en Lynchburg, Virginia el 23 de agosto de 1894. Estudio en Europa y se dedicó al periodismo hasta 1915 en que entró al mundo del cine. Fue actor y escritor para la Compañía Edison. Críticos de cine consideran que sus películas habladas fueron más interesantes que las silentes. Griffith fue 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 8 cortometrajes en 1917 cuando filmó *Fit to Win* y, como veremos más adelante, *The End of the Road*.

“irresponsable” fue que después de haber pasado la noche con prostitutas se contagiaron de sífilis. Por lo tanto, no le queda duda al espectador 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/o hermanas de los soldados que los esperaban en casa a que volvieran del campo de entrenamiento, por la otra. 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 norteamericano en defensa de su país. Más que preocuparse por la sífilis (que detectada a tiempo podía tratarse médicamente) lo que subyace en el guión de la 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 sífilis encarnada en las prostitutas que son el foco de contagio. La alternativa que ofrece este largometraje es definitivo y discriminatorio: 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. Veamos ahora sus características.

c. *Al Final del Camino*²⁹⁶

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.²⁹⁷



Reproducción tomada de Colwell, Stace, 1992, p. 90

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 de las imágenes de enfermedades venéreas sin tratar, provocadas por una vida de vicios y excesos. 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

²⁹⁶ 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 35mm y se encuentra en 6 carretes que suman 5,900' de película (1798.32 mts). Existen copias en los National Archive of Record Administration (NARA), en la Motion Pictures Section de la Biblioteca del Congreso (Washington DC) y según el historiador Martín Pernick, en el Museo de Arte Moderno de la ciudad de Nueva York. La primera revisión para esta investigación la realicé con la copia de la Biblioteca del Congreso que pertenecía a la Neederlands Filmmuseum Collection por lo que los cartones con diálogos están en alemán - deuths. Su lectura habría sido imposible sin la valiosa ayuda de Angelika Hoelger del Departamento de Historia de la Universidad Johns Hopkins quien pacientemente tradujo gran parte de los diálogos al inglés.

²⁹⁷ “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.

las prostitutas y los hombres que tenían relaciones sexuales con ellas.²⁹⁸ ¿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? Veamos.

Al Final del Camino es un largometraje silente, blanco y negro, que se divide en 6 actos y tiene una duración de una hora. También fue dirigida por Edward H. Griffith y el guión fue escrito por la socióloga Katherine Bement Davis en octubre de 1918.²⁹⁹ Tras la elaboración de *Fit to Win*, dirigida exclusivamente para jóvenes soldados reclutados y en donde las prostitutas aparecen como las portadoras de las enfermedades venéreas, 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 de la enfermedad.

Stacie Colwell afirma que el guión de Bement Davis para *Al final del camino* fue asesorado por la ASHA y perseguía tres objetivos: 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.³⁰⁰ Estos objetivos debían incluirse en la película y dar sentido al guión. 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 que originó su guión: el combate a las enfermedades venéreas, con historias de amor, desamor e infidelidades.

²⁹⁸ BLISS, 1996, p. 250.

²⁹⁹ Ocupaba el cargo de Directora del War Department's Comité on Protective Work for Girls de la Armada de EUA.

³⁰⁰ COLWELL, 1992, pp. 105-109.

Trama y desenlace

Las protagonistas son Mary Lee y Vera Wagner, dos adolescentes provincianas cuyos destinos tomaron caminos diferentes. Griffith las presenta en su entorno familiar y en el apacible pueblo en donde viven. 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. Mary tiene una madre cariñosa y preocupada por su educación porque quiere que su hija sea una mujer “de bien”. Como podemos ver en la siguiente fotografía, aparecen juntas en un agradable jardín en donde conversan abiertamente sobre sexualidad y procreación. La madre le platica 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.³⁰¹



Mary Lee conversando con su mamá. Fotografía reproducida de Colwell, Stace 1992, p. 100.

En contraste con esta afectuosa representación de la relación madre-hija, la madre de Vera es representada como una mujer arrogante, indiferente y ambiciosa que sólo atina a aconsejar a su hija a buscar un hombre con dinero que, sin importar su condición civil, le ofrezca una buena posición económica. A diferencia de Mary, Vera lee *The Right Man*. Como veremos más adelante, la relación materna de cada una de las protagonistas influirá

³⁰¹ El título en alemán es: LEVENSKRACHT Wenken en raadgevingen voor jonge meisjes Door. Dr. Janes S. Porter.

de manera importante cuando ambas jóvenes deciden mudarse a la ciudad de Nueva York en busca de un 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 de la ciudad, en donde trabaja con el doctor Bell.

Algunas pacientes allí internadas fueron engañadas por sus maridos y contagiadas de sífilis. Por medio de ellas se lanza al espectador una primera advertencia: la infidelidad conyugal favorece el contagio. Lo dramático, según queda plasmado en la película, es que los esposos infieles siguen por allí contagiando a más mujeres inocentes o ignorantes que traerán al mundo a hijos enfermos. La sífilis hereditaria, la que los padres sifilíticos antes de la procreación transmiten a sus hijos, es representada cuando aparece en escena el hijo ciego de una paciente del doctor Bell enferma de sífilis por culpa de su esposo, Rusell Ellbridge. Este personaje aparece como el portador irresponsable de la enfermedad que, haciendo alarde de su galanura, se muestra a lo largo de la película acompañado de Mary Sinclair quien al final de la trama será una víctima más de la enfermedad venérea.



El doctor Bell visita al hijo ciego de Rusell Ellbridge. La mujer sentada es la madre enferma de sífilis quien por si fuera poco padece de afecciones en las piernas (parálisis). Reproducida de Colwell, Stace. 1992, p. 99.

A diferencia de la vocación altruista de Mary, Vera, más preocupada por conseguir a un apuesto galán, se emplea en un almacén neoyorquino en donde conocerá a Howard, un hombre arrogante y vividor quien desde su primera aparición en pantalla no disimula sus

“sucias intenciones”. Tras varios intentos por seducirla, invitándola a elegantes clubes y ofreciéndole falsas propuestas de matrimonio, además de una linda casa, Vera cede a la petición sexual de Howard y al poco tiempo encuentra 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, éste se ofende porque se siente acusado y en un arranque histérico bofetea a Vera y se sale de la casa dejándola tirada en el suelo.



Reproducida de Colwell, Stace, 1992, p. 99.

Vera ignora la causa de sus síntomas así que confía en su amiga Mary quien decide hablar con el doctor Bell, ya convertido en médico militar y adscrito al ejército de su país, para que éste dicte un primer diagnóstico. Como era de esperarse, el dictamen de sífilis es positivo. Para este momento de la película, las consecuencias de la enfermedad han sido visibles solamente con las manchas de Vera y el hijo ciego de Rusell Elbridge que hacen de su representación un intenso y entretenido drama alejado de su propósito pedagógico de impactar al espectador. Si recordamos que entre las intenciones de la propaganda estaba el de 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 porque inhabilitaban a los enfermos para trabajar, tenemos que es en el hospital y con mujeres sifilíticas donde se muestran las fatales consecuencias de la sífilis.

Mary, Vera y el doctor Bell visitan el hospital de sifilíticos con el objetivo de que Vera y los espectadores, *veamos* la enfermedad. En cinco diferentes escenas el espectador es testigo de los estragos físicos y mentales de la sífilis en sus cuatro períodos y observa a mujeres enfermas 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. A la visita en el hospital de sifilíticos le sigue la asesoría de un especialista que la medica y le explica las medidas adecuadas que debe seguir en su tratamiento.

Ante la falta de consejos sobre educación sexual, la ambición por el dinero y la irresponsabilidad, Vera fue presa fácil de la sífilis. Su última aparición en pantalla la muestra trabajando en una fábrica, su indumentaria es sobria y en su rostro vemos una mirada serena. A través 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. La copia de *Al final del camino*, en su versión editada y con cartones en deutsh, termina con una escena romántica en la que Mary y el doctor Bell, enamorados y

complacidos por su labor salvadora, miran hacia la Estatua de la Libertad que se erige como símbolo de la victoria. Al comparar esta versión con la original -sin editar- pudimos constatar que existe otro final: el que muestra el compromiso social y moral del doctor Bell y de Mary, también enlistada en las filas del ejército estadounidense, por evitar la propagación de la sífilis. Ambos personajes se trasladan a los campamentos de soldados reclutados para la guerra a trabajar con las mujeres que se encuentran allí en espera de que sus hombres vuelvan de batalla. Esas mujeres, a las que Griffith diferenció de las prostitutas en su primer largometraje *Listos para Vencer*, en la versión de Bement Davis también eran vulnerables. No queda duda que la autora del *Al final del Camino* señaló a los hombres *irresponsables* como los portadores de la enfermedad y a las mujeres *ignorantes*, como las víctimas.

Las películas comentadas se realizaron para un público definido: soldados reclutados para la Primera Guerra Mundial y mujeres de aquella época. Ambas se desarrollaron en el contexto de la cotidianeidad rural y urbana estadounidense de principios del siglo XX y enfatizaron 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? Si recordamos que la primera versión cinematográfica de *Santa* (1918) ya era conocida en México cuando se proyectó *Al final del Camino*, podemos 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 emigraron del campo 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”.³⁰²

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.³⁰³ 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 Interdepartmental Social Hygiene Board (ISHB)* 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

³⁰² TUÑÓN, 2005, p. 68

³⁰³ El Periódico *New York Times* publicó varias notas que informan de la resistencia del comisionado de la ciudad de NY 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*, May 18, 1919, “A film controversy”, p. 52. Desconozco cuanto tiempo se mantuvieron en cartelera y/o fueron utilizadas por la American Social Hygiene Association.

mayoría de las mujeres encuestadas aceptaban la película y sugerían que las y los jóvenes adolescentes la vieran.³⁰⁴

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 la campaña. Para septiembre del mismo año hubo una mejor organización en su difusión y el Departamento agendó varios fines de semana para exhibirlas en diferentes cines de la ciudad de México. Movilizó a enfermeras a la calle para que invitaran a los transeúntes al cine y envió invitaciones a diferentes asociaciones gremiales. Acompañadas por conferencias 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 en donde se exhibió.



Reproducida de la *Memoria* del DSP, 1925-1928, Tomo 2, p.264

³⁰⁴ Colwell trata con detalle este asunto así como los estudios que realizaron las universidades de Columbia y John's Hopkins para medir el impacto y la recepción que tuvieron ambas películas entre la audiencia, pp.112-113., COLWELL, *Op, cit*, p. 109

Veamos lo que publicó el periódico *El Universal*.

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.³⁰⁵

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.”³⁰⁶ 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. Por si fuera poco, no apareció en ese momento la pluma de ningún médico o representante de la Sección de Educación Higiénica que ofreciera una descripción más detallada del contenido de ninguna de las películas citadas en este capítulo. Estas circunstancias nos revelan, el hermetismo y/o indiferencia de los médicos para analizar las películas y si bien, desconocemos las causas, podemos suponer que confiaron plenamente en que el impacto 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 quien en 1936 solicitó la devolución de “los cinco rollos de *Listos para Vencer*” que habían prestado a una Misión Cultural activa en ese momento.³⁰⁷

³⁰⁵ *El Universal*, 12 septiembre 1927.

³⁰⁶ Memoria del DSP, 1925-1928. Tomo II, p. 264.

³⁰⁷ Carta del DSP a la SEP “Rogándoles se sirvan remitirnos las películas indicadas”, 17 agosto 1936. SEP-DPEH, Caja 5161, 5057/31. DSP. Todo lo relativo al intercambio de películas con el mismo. Después de haber visto *Al Final del Camino*, difiero de la apreciación de Bliss quien afirma que “los espectadores se

La campaña antivenérea mexicana inaugurada en 1927 se mantuvo a lo largo de las décadas siguientes porque combatir la sífilis fue una tarea intrínseca a las campañas de salud. Es en la década de los cincuenta cuando encontramos nuevamente una Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (1957) que hizo uso del cine como parte de su programa de educación higiénica. Como ya se mencionó, el documental *Reconquista* fue realizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y fue supervisado por los integrantes de la campaña. Veamos a continuación cuál fue el tratamiento cinematográfico que desde la SSA se dio al combate a las enfermedades venéreas en México a finales de los años cincuenta del siglo XX.

Reconquista, una versión mexicana contra la sífilis.

El documental *Reconquista*, nos presenta la historia de Juan un joven ejemplar, estudioso, trabajador y recién casado. El día de su graduación, los “haraganes” de sus compañeros lo sonsacan al *Tropicana* y después, ya borrachos, se van a un cabaret “que se abre como trampa que acecha” en donde sigue bebiendo y pasa un rato de “placer denigrante” con una “meretriz”. Poco acostumbradas a que Juan llegue tarde a casa cuando lo hace, su mamá, su abuela y su esposa le recriminan su irresponsabilidad pero lo reciben con la noticia de que será papá. Después de esa noche de excesos y emociones Juan sigue su vida normal. 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

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 involucraban con ellas”. Esta película no habla de prostitutas ni de muerte sino de mujeres, sí contagiadas de sífilis y en riesgo de morir, pero porque fueron engañadas por sus maridos y compañeros ocasionales como Howard. Más bien, previene al espectador y orienta a las mujeres a quienes busca *salvar* de los hombres infieles.

contagio, se ve en la necesidad de confesar al médico su aventura en el cabaret.³⁰⁸ De inmediato es enviado al dispensario Dr. Eliseo Ramírez en donde recibe información y “un simple tratamiento de penicilina”.³⁰⁹ Los médicos del dispensario van a buscar a la mujer del cabaret que lo contagió para darle tratamiento. Lo mismo hicieron con la esposa de Juan quien por su embarazo, requería de atención y cuidados médicos.

La historia de Juan está acompañada con altisonantes contrastes musicales que intensifican las escenas en donde se mencionan las palabras “prostitutas o meretrices”, “sífilis” y “un niño que pudo no haber nacido” cuando al final de la película Juan y su esposa salen felices cargando a su hijo recién nacido. En otras, se suaviza el tono y es cuando se habla de que “una simple inyección de penicilina” es “el tratamiento oportuno y eficaz” para que Juan vea sus “bellos sueños cumplidos”. Al final de esta historia Juan se cura, nace su hijo sano 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. Juan era un joven ejemplar hasta que se vio involucrado con estos dos “incómodos y riesgosos” acompañantes y las consecuencias no podían ser otras. Sin embargo, su larga trayectoria como individuo responsable y trabajador podía permitirle un desliz sin condenarlo a un dramático desenlace.

Las diferencias ente *Al Final del Camino* y *Reconquista*, más allá del evidente desfase cronológico, son las siguientes. Primero, el protagonista es hombre y lo contagia una prostituta, trama que se asemeja más a *Listos para Vencer* y que, sin importar la fecha

³⁰⁸ 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.

³⁰⁹ Sobre el descubrimiento de la penicilina véase la nota a pie no. 9 en la Introducción de esta tesis.

de factura, repitió esquemas y reforzó la representación acusatoria hacia las prostitutas como las portadoras de la sífilis. Segundo, el uso de la penicilina para tratar la sífilis le da a la versión mexicana su característica distintiva. En este documental no vemos los síntomas de la enfermedad, mucho menos a sifilíticos o sifilíticas deambular por el pasillo de un hospital. Se enfatiza que la detección temprana y la magia de la penicilina exentarán a los enfermos de estos desagradables síntomas y por eso no aparecen en pantalla.

En los dos 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. Así, los documentales de los años veinte y el de 1957 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 salvadores y protectores de la salud y el bienestar.

3. Contra el alcohol en las comunidades rurales.

En abril de 1929 el presidente Emilio Portes Gil envió al entonces jefe del DSP, el doctor Aquilino Villanueva, una carta manifestándole su preocupación por los altos índices de alcoholismo registrados en el país y su interés por combatir “por todos los medios posibles a ese enemigo del bienestar, de la salud y de la esperanza de redención del campesino y obrero mexicanos”.³¹⁰ Según el presidente, la campaña que planeaba poner en marcha no tendría un carácter represivo sino que estaría dirigida directamente al corazón de la gente. Se buscarían los mejores medios educativos para invocar al convencimiento de

³¹⁰ Campaña contra el alcoholismo. En AHSSA sp, ss, caja 18, exp, 1.

que en las colectividades sanas y des-alcoholizadas estaba la base para alcanzar la “obra de redención social que persigue la Revolución Mexicana”. Se pensó en la educación como la principal herramienta de combate porque el “hábito alcohólico” fue definido como un fenómeno rigurosamente psíquico con una “perturbación manifiesta en la voluntad”. Esto significaba que no se curaba con medicinas porque éstas eran incapaces de “obrar sobre la voluntad”.³¹¹ En este caso, la injerencia de la medicina científica se neutralizaba ante el poder que suponía la propaganda y su discurso persuasivo.

Las consecuencias psíquicas, médicas y hereditarias del alcoholismo estaban identificadas; las causas sociales –pobreza, ignorancia, abuso de poder de quienes fomentaron el consumo de alcohol para explotar a los trabajadores- también. Lo habían estado desde mediados del siglo XIX cuando el mundo occidental inició una ardua lucha contra el consumo de alcohol. Desde finales de ese siglo los sanitaristas mexicanos, más que los médicos, se movilizaron para realizar una cruzada contra el alcoholismo que incluyó medidas de orden moral, de policía médica y legales.³¹² Para el primer caso se buscó afanosamente instruir y orientar a niños, jóvenes, obreros, soldados y delincuentes sobre los efectos del alcohol. En el segundo, se hicieron llamados a restringir el consumo de alcohol reduciendo el número de establecimientos que lo vendían y limitando los horarios de venta. También se propuso abrir establecimientos en los que solamente se vendiera café, té y refrescos. Finalmente, desde el ámbito de lo legal, se plantearon “severos castigos” para los alcohólicos y para “ayudarlos” se pensó en actividades

³¹¹ Sobre el alcoholismo como una “enfermedad de la voluntad” y sus efectos psiquiátrico véase RÍOS MOLINA, 2007, *Op Cit*, pp. 115-123.

³¹² CARRILLO, 2002, p. 307.

recreativas a bajo precio porque una causa, entre muchas, que favorecía el alcoholismo, era el ocio y la falta de actividades recreativas.³¹³

¿Que hacer entonces en una nueva cruzada antialcohólica en 1929 cuando, entre otros factores, las secuelas de la lucha armada se habían activado con la guerra de los cristeros, cuando el campo mexicano apenas cobraba tonalidades visibles para las autoridades sanitarias, cuando consumir pulque era la opción ante la carencia de agua potable?. Las autoridades sanitarias apostaron a seguir apelando a la persuasión y a la buena voluntad de la gente y decidieron intensificar las campañas de educación higiénica para explicar una y otra vez porque era conveniente evitar el consumo de alcohol.

Entonces, la primera medida de la campaña de 1929 fue formar el Comité Nacional Antialcohólico cuyos integrantes rápidamente diseñaron un plan general.³¹⁴ Dividieron a sus receptores en niños –en edad escolar- y adultos -en edad no escolar-, entre los que iban a la escuela y los que no. También diseñaron medidas complementarias que actuaron más que en cuestiones educativas, en las estrictamente legislativas, arancelarias, sociales y morales porque reglamentaron la venta de bebidas alcohólicas y la actividad en cabarets, salones de baile y centros de vicio, fomentaron la creación de ligas y asociaciones de lucha contra el tugurio y también se propusieron, con apoyo de las instituciones de beneficencia pública y privada, crear asilos de bebedores para su cura y regeneración.³¹⁵

A esta comisión también le tocó lidiar con la propaganda de las compañías comerciales que debían pasar revisión de la Sección de Educación Higiénica. Por ejemplo, en abril de 1929, al tiempo que iniciaba la campaña, los anuncios de la cervecería Carta

³¹³ *Ibidem*, pp. 309-311.

³¹⁴ El comité lo formarían dos representantes del DSP, un representante técnico de cada secretaría y c/u de los demás departamentos.

³¹⁵ Acuerdo presidencial de las secretarías de estado y departamentos relativos a dicha campaña. En AHSSA, SP, SJ, caja 18, exp. 1.

Blanca inquietaron a los supervisores porque con sus grabados y leyendas otorgaban a la cerveza propiedades nutritivas y médicas que no tenía.

La fuerza física es el resultado de la buena alimentación y los hábitos regulares. Desde los más remotos tiempos las razas que se han distinguido por su vigor y pujanza usaban la cerveza como parte de su alimentación. La cerveza Carta Blanca es tónica y nutritiva. Contiene vitaminas, dextrinas y maltodextrinas que engendran energía. Es rica también en albúmina y fosfatos para fortificar los nervios y los músculos e incluye la pequeña cantidad de alcohol que recomiendan los doctores para el debido funcionamiento orgánico. Tomándola en sus comidas conservará usted la salud y deleitará su paladar.³¹⁶

Si bien, la recomendación de su consumo parecía moderada, “tomándola en sus comidas”, un estudio más detallado sobre la preferencia en la ingesta de bebidas alcohólicas en el México de finales de la década de 1920, nos permitiría contrastar el consumo de cerveza con el del pulque y calcular cuál de los dos fue el verdadero detonante de los niveles de alcoholismo en el país.

Quizá la estrategia más ambiciosa, persuasiva y efectiva para atraer a la población a participar de la campaña fue formar ligas antialcohólicas infantiles y juveniles. Como la balanza se inclinaba hacia los hombres como los mayores consumidores de alcohol, la organización de ligas de mujeres no se dejó esperar y éstas jugaron un papel central en su combate desde el interior sus propias casas. En busca de alternativas, estas ligas dividieron a la gente y acentuaron las diferencias entre los borrachos y los sobrios. Como veremos más adelante de esa diferencia se valió la propaganda antialcohólica para resaltar los contrastes entre unos y otros.

³¹⁶ Dictamen del H. Comité Nacional de lucha contra el alcoholismo, en AHSSA. SP, SJ, Caja 18, exp. 1.

Para implementar los programas educativos se diseñó un Programa de Educación Antialcohólica que, siguiendo los patrones establecidos por la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, distinguió la propaganda escrita de la oral y de la ilustrada. Con base en esto se publicaron monografías, cartillas de enseñanza antialcohólica, se escribieron el *Decálogo contra el alcoholismo* y dramáticas obras de teatro en donde las peores desgracias sucedían a los protagonistas porque entre ellos había un ebrio. También se diseñaron contrastantes carteles en los que se hizo evidente la degradación física y moral de un alcohólico y su hogar frente al de uno sobrio y su apacible entorno. Estas medidas fueron las disposiciones planteadas por el DSP; sin embargo, en una campaña de carácter persuasivo, donde la educación era la base de su éxito o fracaso, más que el médico la Secretaría de Educación Pública y sus maestros y trabajadores sociales, jugaron un papel fundamental sobre todo en el ámbito rural donde la educación sanitaria y la antialcohólica ya se impartía desde 1926 con el personal de las Misiones Culturales. La voluntad y buena disposición de los maestros necesitaba de instrumentos de educación higiénica y la SEP los produjo.

4. *El Sembrador y El Maestro Rural*

El periódico *El Sembrador* y la revista *El Maestro Rural* fueron dos publicaciones dirigidas a los campesinos del país (por intermediación de los maestros rurales) con la finalidad de fortalecer el proyecto educativo diseñado por la Secretaría de Educación Pública (SEP): incorporar a la población rural al nuevo Estado posrevolucionario. Ambas publicaciones formaron parte del principal proyecto pedagógico de la SEP iniciado a finales de la década de 1920: las Misiones Culturales. En materia de salud e higiene, el contenido de las mismas se enfocó, por una parte, a la difusión de los fundamentos de la higiene para

que los campesinos hicieran suyos las prácticas y los hábitos calificados como saludables y “modernos”, los cuales una vez aplicados de manera individual en la vida cotidiana se esperaba se extenderían a la comunidad. Por otra parte, tanto *El Sembrador* como *El Maestro Rural* buscaron convencer a los campesinos de que la conformación de una comunidad con integrantes limpios y sanos, tanto física como mentalmente, únicamente sería posible si se atendían los consejos básicos de la higiene y si la importancia social y cultural de tener una vida saludable era comprendida a cabalidad.

Asimismo, la Secretaría de Educación Pública creó en 1925 el Departamento de Psicopedagogía e Higiene y una de sus primeras publicaciones fue la *Cartilla de Higiene escrita especialmente para la población indígena*, la cual formaba parte de la Biblioteca del Maestro Rural.³¹⁷ En la *Cartilla*, la higiene se definió como una rama de la medicina que enseñaría a los indígenas a conservarse sanos, y se les invitaba a adoptarla como una práctica cotidiana. El énfasis de ese documento estuvo, por una parte, en descalificar las prácticas y creencias populares para la curación de enfermedades, que lejos de combatir las las propiciaban; por otra parte, se reforzó el valor de la medicina científica y se le presentó como la única alternativa para tener una vida saludable y para hacer frente a la enfermedad. La propuesta ideológica plasmada en la propaganda era “convencer a los ciudadanos mexicanos de que el velar por la salud y por su higiene, significaba sobre todas las cosas el deseo de un mayor bienestar para su patria, cumpliendo así con un primordial deber de ciudadano”.³¹⁸ La relación entre los conceptos de salud, ciudadanía e indígenas afluía como un elemento constitutivo del discurso revolucionario que fomentó insistentemente la

³¹⁷ *Cartilla de higiene escrita para la población indígena*, 1928.

³¹⁸ SIUROB, 1936, p. 6

obligación que adquirirían hombres y mujeres para cuidar su salud en aras de formar un país con ciudadanos sanos y limpios.

a. Forma, contenido y difusión.

El periódico *El Sembrador* fue una publicación quincenal dirigida por Rómulo Velasco Cevallos y estuvo en circulación ininterrumpida entre abril y noviembre de 1929. Alcanzó una edición de once números y el primero salió a la luz el 20 de abril anunciándose como “el periódico del campesino”. Su objetivo fue llegar a todas las comunidades campesinas para “despertar en ellas el sentimiento de ciudadanía y dar la certidumbre de que pertenecían a una Nación que forjaba un mismo destino para todos.”³¹⁹ Su formato incluyó dos presentaciones: tabloide y periódico mural. El primero constó de 16 páginas con temas variados, pero la tendencia editorial radicó en difundir las actividades políticas, sociales y culturales del presidente Emilio Portes Gil, lo cual otorgaba al periódico un valor propagandístico del régimen y de instrumento de intermediación entre el gobierno federal y las comunidades campesinas. Los testimonios de los maestros rurales, así como las fotografías que mostraban diversos logros materiales - como la construcción y/o remodelación de escuelas, los relatos biográficos de héroes nacionales y consejos para las tareas del campo, entre otros - colmaron sus páginas. Por otra parte, el periódico mural se adhería a las paredes de los salones de clase en las escuelas o de los centros públicos con mayor asistencia de la población campesina. Uno de sus rasgos distintivos fue que privilegió la información gráfica sobre la escrita, y fue precisamente a partir de ese recurso

³¹⁹ *El Sembrador*, no. 1, 20 abril 1929, p. 1

visual que se difundieron diversos temas sobre higiene personal, colectiva, o bien civismo y educación rural, entre otros.³²⁰

El *Maestro Rural* fue editado por la SEP a partir de marzo 1932 y se publicó inicialmente con un tiraje de 10 mil ejemplares. Su primer director fue el poeta Salvador Novo.³²¹ La publicación incluía temáticas diversas, desde consejos en materia agraria (tipo de cultivos, maquinaria, precios de semillas) hasta una variada cartelera de obras de teatro, canciones y juegos recreativos.

Un elemento que me interesa destacar de ambas publicaciones es la calidad de sus ilustraciones. Los grabados y dibujos que allí aparecen forman un *corpus* iconográfico que reforzó el valor de la imagen como un elemento para incidir en una población eminentemente analfabeta. En este sentido, el recurso literario resultaba una táctica de escaso impacto, mientras que la imagen (trátase de grabado, dibujo, caricatura y/o fotografía) constituía una herramienta de mayor alcance. Reconocidos muralistas, como Diego Rivera y Roberto Montenegro, o jóvenes pintores como Ezequiel Negrete, entre otros, ilustraron sus portadas y los artículos de ambas publicaciones en las que representaron escenas que reforzaban el valor de la escuela, el papel heroico del maestro rural y en los que se presentaban a los campesinos recibiendo los beneficios de las nuevas enseñanzas. En las ilustraciones alusivas a la higiene de los campesinos o a la higiene

³²⁰ Algunas referencias a este periódico mural se publicaron en la *Memoria* de la Secretaría (1929), cuando anunciaron que *El Sembrador* se ponía en circulación. Evidentemente, las autoridades manifestaron su beneplácito por la labor de la SEP al promover este tipo de material gráfico que constituía el verdadero periódico del campo, también se refirieron a que su llegada a las comunidades era motivo de entusiasmo colectivo que se había traducido en peticiones de los campesinos para solicitarlo, véase *Memoria Secretaría de Educación Pública*, 1929, p. 549, sección editorial. Por su parte Gabriel F. Aguillon lo describe como “grandes hojas murales, ilustradas a colores, conteniendo útiles enseñanzas y consejos morales en una forma nueva y elemental destinada especialmente para ilustrar a gentes sencillas e ignorantes”. Ver Aguillon, “Una opinión”, 1929, p. 98, y Loyo, “La lectura”, 1999, p. 268-269.

³²¹ Guillermo Palacios argumenta que la publicación de *El Maestro Rural* significó un esfuerzo por imponer o reforzar el control ideológico de la SEP sobre la gran masa de intermediarios culturales. Véase, PALACIOS, 1999, p. 23.

doméstica, sobresalen los contrastes entre suciedad y limpieza, así como la presencia de individuos sanos y trabajadores.

El espacio destinado a enseñar al receptor a entender el valor de la salud en ambas publicaciones se enfocó de manera primordial en difundir los programas elaborados por la SEP y el DSP. Así, se incluían lecciones sobre el aseo personal, recomendaciones para inculcar en los campesinos la importancia del baño diario, información sobre las enfermedades más comunes en las comunidades rurales y las formas de prevenirlas. El papel de las mujeres fue indispensable para la operatividad de los programas y las campañas higiénicas, ya que su situación al frente del hogar se pensaba que era esencial para incidir e influir directamente sobre su familia y para poner en práctica los dictados de la higiene.

A los maestros rurales los textos les recomendaban tener siempre presente que la salud “no era un don de la fortuna sino que dependía de los hábitos, costumbres y esmero con que se cuidaba”.³²² Por tanto, ellos tenían la responsabilidad de propagar dichas enseñanzas, y de mostrarse como un ejemplo a seguir. Por ejemplo, el *Decálogo del maestro rural* los comprometía a hacer una colectividad vigorosa y limpia mediante los ejercicios físicos y los hábitos de higiene de la alimentación, de la habitación, del vestido y el aseo personal.³²³ Detrás de esa serie de atribuciones, predominaba la idea de que la

³²² J. C. Nájera, “Decálogo del Maestro rural”, *El Sembrador*, num.1, p. 6

³²³ J. C. Nájera, “Decálogo del Maestro rural”, p.6. Por su parte Rafael Ramírez, jefe del Departamento de Escuelas Rurales en 1929, publicó varios artículos que consignaron las obligaciones de los maestros en materia de higiene y salud, las básicas eran mantener limpia y ventilada la escuela, procurar el abastecimiento de agua para beber y asearse, que traía implícito fomentar el deseo de estar limpio, llevar a los niños a bañarse en el río por lo menos una vez a la semana; instruirlos con claridad y sencillez sobre asuntos de higiene y salud aparte de explicarles la manera de combatir los agentes de las enfermedades. Otras que involucraban a la colectividad era la formación de dispensarios y casas de salud, comités de limpieza y asociaciones higiénicas, además de visitadoras de casas y la liga antialcohólica del pueblo, en “Cómo es y que hace un maestro rural”, *El Sembrador* num. 4, p. 14 y “la salud y el vigor físico en la escuela rural”, en *El Sembrador*, num. 6, p. 4.

renovación del campesino en un individuo higiénico y saludable requería necesariamente que éste se apropiara e hiciera suyas una serie de prácticas que desconocía para que pudieran “vivir una nueva vida que se encuentra en planos muy distintos de la vida de antaño”.³²⁴

Las responsabilidades adquiridas por el maestro rural hicieron deseable que tuviera conocimientos básicos sobre biología y fisiología del cuerpo humano y de sus enfermedades. Ya se dijo que para ello el Departamento de Salubridad Pública diseñó una serie de cursos por correspondencia en los que les instruía en anatomía, medicina y conocimientos generales de primeros auxilios. Estas materias fueron difundidas en las páginas de *El Maestro Rural*. No se trataba de convertir al maestro en médico, pero sí se depositó en ellos la confianza y se generó la expectativa de que en sus manos estaba la posibilidad de resolver o diagnosticar adecuadamente las enfermedades más frecuentes en las comunidades que carecían de médicos diplomados.

b. Para renovar a los campesinos.

La “ignorancia”, el “desinterés” por lo nuevo y el “arraigo a las tradiciones” fueron algunos de los términos usados para calificar a la población campesina de quienes se pensaba que los maestros rurales tenían la obligación de instruirles y transformarles. Por tanto, el proceso de educación encabezado por los maestros significaba la conversión de los campesinos en individuos que de primitivos pasarían a ser limpios y sanos, pero sobre todo, modernos y productivos.³²⁵

³²⁴ PALACIOS, 1999, *Op Cit*, p. 83

³²⁵ Al respecto de esta definición véase entre otros KAY VAUGHAN, 2001, p. 55.

Esta transformación ayudaría a identificar las causas y consecuencias de prácticas arraigadas que, de acuerdo con los maestros rurales, incidían negativamente en la salud y bienestar de los campesinos. Y una de estas causas era el alcoholismo: causa de serios deterioros físicos, mentales y morales, bajo rendimiento laboral y/o nula productividad. Era necesario combatir “tan denodado vicio” para formar colectividades sanas y aptas para colaborar con la obra de redención social que perseguía la Revolución.³²⁶ Por lo tanto, en la campaña se subrayaron los efectos degenerativos del consumo y abuso del alcohol, resaltando de manera muy particular los problemas físicos y psíquicos de los alcohólicos y de sus descendientes. Asimismo, se pensaba que era importante demostrar que la embriaguez convertía al campesino en un objeto de explotación por parte de su patrón.

El tema de esta campaña fue uno de los motivos predilectos de pintores y dibujantes que colaboraron con las revistas. Así, Diego Rivera representó los efectos del consumo de alcohol en un dibujo que tiene una doble intención. Por una parte, mostrar al campesino inhabilitado por borracho, pero también denunciar a quienes abusaron de su poder a sabiendas de que el alcoholismo de los *otros* les favorecía. Con trazos de color negro sobre un fondo sepia, dibujó en el mismo plano a un hombre gordo que encarna al patrón avaro y explotador que se encuentra parado sobre dos bolsas repletas de dinero. Con una mano carga la tercera bolsa de dinero y con la otra sostiene un látigo y observa con desdén a un hombre completamente borracho, tirado en el piso con una botella vacía en la mano. Cabizbaja y desconsolada aparece la familia del borracho. La mujer, madre de dos niños, se encuentra de pie; carga a uno de sus hijos en el regazo y al otro lo tiene sujetado con su

³²⁶ “El Presidente Portes Gil contra el alcoholismo”, *El Sembrador* 1, 1929, p.3 Este periódico difundió ampliamente la campaña. Años después el *Maestro Rural* también publicó artículos sobre el tema y se valió de la presentación de obras de teatro y cuentos en las que el borracho aparece como una lacra social, véase “Alcoholismo y Fanatismo”, MR, 1934, p. 16; “El alcoholismo azote social”, MR, septiembre 1934; “El Fraticida”, MR, febrero 1936, p.35.

rebozo sobre la espalda y observa el cuerpo del marido inmovilizado por la embriaguez. La acompaña otro hombre vestido de manta que se cubre el rostro con un sombrero, en una clásica representación de la timidez y sometimiento de parte de los campesinos hacia sus patrones. Con este dibujo queda de evidencia que el alcoholismo perjudicaba a unos, y beneficiaba a otros; entre ellos los productores de alcohol.



Caricatura de Diego Rivera, *El Sembrador*, 1929, núm. 4, p. 7-8

Estos trazos de Rivera buscaron resaltar que el alcohol inhabilitaba completamente a los individuos hasta convertirlos en bultos inanimados que quedaban a merced de las decisiones de terceros porque eran incapaces de valerse por sí mismos.

En otro par de ilustraciones (se desconoce al autor) se hacen patentes las diferencias materiales e higiénicas del ambiente familiar en los hogares de un “trabajador sobrio” y de uno “borracho”. Ya se dijo que el uso de los contrastes entre lo que debería ser y lo que no, fue un recurso ampliamente utilizado en la propaganda sanitaria desde la década de 1920. Generalmente los carteles y las películas que promovían hábitos higiénicos hacían explícita las diferencias entre los consejos que daban las autoridades sanitarias y las costumbres de la población. En este caso particular, las habitaciones de ambos trabajadores – el sobrio y el borracho- sirvieron para enfatizar los contrastes; recordemos que entre las medidas

complementarias para evitar el alcoholismo estaban las de mejorar las habitaciones de los individuos. Se creía que si vivían en un ambiente higiénico, su tendencia hacia el alcohol disminuiría.³²⁷

Veamos primero la ilustración que lleva al pie de foto el siguiente encabezado: “El trabajador sobrio tiene hogar, su familia vive feliz”. Lo que podemos ver es una habitación limpia y ordenada. Las paredes del hogar están cuidadosamente pintadas y decoradas con retratos familiares entre los que destaca una reproducción de la Virgen de Guadalupe. También tiene muebles y adornos, un trastero con artículos de cocina y una mesa bien puesta. Al centro de la habitación destaca en primer plano una máquina de coser, cuyo contorno está remarcado con color negro, que nos remite de inmediato al trabajo de la mujer “modernizada” y que por su ubicación en el plano general del dibujo nos sugiere que la modernidad va de la mano de quienes actúan responsablemente.³²⁸ La madre de familia que utiliza la máquina de coser y que tiene su casa “rechinando de limpia” vive en un ambiente de tranquilidad y aparece sentada acariciando cariñosamente la cabeza de su hija hincada a sus pies. Muy probablemente pertenecía a alguna de las ligas femeninas antialcohólicas tan intensamente promovidas. A través de la puerta, afuera de la casa se observa una jardinera con macetas y flores que dan un toque de alegría y completan la representación de un entorno familiar limpio y feliz pero que también sugieren que afuera, el mundo de los sobrios es florido.

³²⁷ Se establecieron ligas de lucha contra el turgorio y las habitaciones insalubres. También habrían de otorgarse facilidades fiscales para las asociaciones constructoras de casas higiénicas y baratas y fomentar las actividades al aire libre.

³²⁸ La mecanización de algunas labores domésticas como el uso del molino de nixtamal para preparar tortillas y máquinas de coser fueron elementos de la propuesta de “modernización” de la mujer campesina posrevolucionaria, véase PALACIOS, *Op, cit*, p. 195



Periódico Mural “Higiene y Previsión Social”, *El Sembrador*, 1929, núm. 8, p. 8.

En contraste, la habitación del borracho “que causa la ruina de su familia”, aparece como un espacio completamente desolado. Se trata de la misma habitación -porque la distribución del dibujo así lo demuestra- pero en esta representación las paredes están deterioradas y no tienen ningún adorno más que dos clavos de los que cuelgan unos sacos. El cuarto no tiene muebles y los pocos que hay –una mesa y una silla- están desordenados. Sobre la mesa hay una botella y un vaso vacío, la prueba fehaciente de que el borracho, de quien solamente se observan los pies tendidos sobre una cama de madera y su sombrero aventado a un lado, se bebió todo. Su esposa está sentada sobre una caja dando la espalda a su marido ebrio y cubriéndose el rostro en una clara actitud de tristeza y desesperación. Sus hijos parece que juegan sentados en el piso. En esta imagen, la mujer es representada como víctima del deterioro de su entorno familiar ocasionado por las nefastas consecuencias del alcoholismo. Como veremos más adelante, esta condición hizo que numerosas mujeres asumieran un papel predominantemente activo al frente no sólo de la campaña antialcohólica, sino también como promotoras de las campañas higiénicas y de salubridad que buscaron contrarrestar el alcoholismo. En las mujeres estaba depositada la responsabilidad de fomentar hábitos y prácticas saludables fuera del recinto escolar, es

decir, en el hogar. La jardinera que en la imagen anterior aparece decorada con macetas y flores aquí aparece vacía, intensificando el ambiente de desolación que cubre a la habitación y a sus habitantes.³²⁹ Ningún viso de mejoría se observa ni adentro ni afuera. El borracho y su descendencia están condenados a sufrir carencias y no habrá manera de revertir ese destino a menos que por “voluntad” desista de consumir alcohol.



Periódico Mural “Higiene y Previsión Social”, *El Sembrador* 1929, núm. 8, p. 8.

Con el mismo propósito de persuadir a los campesinos a dejar de beber, otro rasgo de las campañas antialcohólicas fue organizar actividades para fomentar el deporte debido a que los ejercicios físicos fueron considerados como una de las mejores alternativas para alcanzar y mantener la buena salud y sobre todo para crear el nuevo modelo de campesino “saneado” y “desalcoholizado” por los programas posrevolucionarios. La práctica diaria de algún deporte se consideraba sinónimo de “vigor físico” y se pensaba que sería un detonante de bienestar para la comunidad. Thomas Benjamín sostiene que las prácticas deportivas se asociaron con los objetivos revolucionarios y nacionalistas del momento. Por ejemplo, las actividades deportivas se convirtieron en la base del festejo del aniversario de

³²⁹ Esta ilustración se publicó en *El Sembrador*, número 8 y fue retomada del periódico mural titulado “Higiene y Previsión social”. Desafortunadamente no aparece el nombre del dibujante.

la Revolución los días 20 de noviembre.³³⁰ Así, además de que en las comunidades fungirían como un instrumento para transformar las costumbres y los valores del campesinado, su práctica cotidiana también sirvió para popularizar deportes extranjeros, particularmente estadounidenses como el *basket-ball*, el *base-ball* y el *volley-ball*, de los cuales durante la década de 1930, se esperaba que alejarían a los campesinos de los vicios, transformando su conducta y su realidad social de forma casi inmediata.³³¹

Los maestros rurales opinaban que eran imprescindible instituir eventos deportivos por lo cual solicitaban constantemente a la SEP que los apoyaran para organizar competencias entre los campesinos; sin embargo, no siempre comentaron favorablemente sobre este tipo de eventos porque consideraban que el entrenamiento físico-deportivo de los estudiantes era una práctica poco desarrollada que costaba trabajo implementar. Sin embargo tal y como lo demuestra la siguiente cita, la promoción del ejercicio y su gradual incorporación a la vida cotidiana de la comunidad fue una insistencia:

A mi llegada a la comunidad los muchachos estaban mal de salud, pálidos, flacos debido a la mala alimentación y falta de ejercicios de cultura física. En vista de eso empecé a practicar varios ejercicios de cultura física con ellos todas las tardes y llevándolos a bañar tres veces por semana, el cambio que se operó entre los alumnos ha sido asombroso; se encuentran aptos para el trabajo, ágiles y buenos de salud.³³²

³³⁰ Este autor enumera la serie de eventos políticos que incluyeron actividades deportivas y que constituyeron la base para que el festejo de la fiesta revolucionaria de cada 20 de noviembre se celebrara con un desfile deportivo, BENJAMIN, 2001, pp. 110-116.

³³¹ Véase PALACIOS, 1999, p. 107, KNIGHT, 1996, pp. 307-308, KAY VAUGHAN, 2001, p. 76-77.

³³² “Palabras de un humilde maestro rural de una escuela de circuito”, *El Sembrador* núm. 6, 1929, p. 6-7. El complemento gráfico en este artículo lo compone una serie de dibujos que más bien parece un anuncio de uniformes deportivos estadounidenses. Beisbolistas, basketbolistas y boxeadores, estilizados y pulcramente uniformados se acompañan de los artículos deportivos como bates, raquetas de tenis, guantes de box. Una representación contrastante con las posibilidades económicas de los campesinos para adquirirlos. Además de la promoción de competencias nacionales se promovió el establecimiento de organizaciones deportivas con el fin de planear festivales deportivos, encuentros atléticos y cruzadas antialcohólicas, véase *El Maestro Rural*, marzo 1934, p. 25.

El contraste entre este tipo de actividades deportivas con la realidad social de los campesinos no escapó a las críticas de algunos maestros de educación física interesados en promover deportes nacionales y en recalcar que las actividades deportivas estimulaban la diversión y la imaginación de los campesinos. En este sentido, Salvador Infante en un artículo intitulado “El deporte en el medio rural. Crítica constructiva y de orientación”, que apareció en *El Maestro Rural* en 1934, estableció lo que sigue: “Pueblos miserables que no tienen ni agua para beber, pero eso sí: con canchas de basketball. ¿no crees que sea un error? Nuestros campesinos, en su mayoría no necesitan hacer ejercicio, bastante arduas son sus labores, no los pongas a sudar si no pueden darse un baño después”.³³³ Otra alternativa para una sana recreación que sirvió para promover los beneficios de la vida en el campo frente a la “perdición” de la vida urbana, fue la organización de excursiones al aire libre y la formación de las llamadas “tribus de exploradores rurales”, integradas por jóvenes campesinos que fueron definidos por los promotores de las actividades como portadores de virtudes como la honradez, la lealtad y la limpieza, y quienes buscaban convertirse en modelo y ejemplo a seguir para otros jóvenes campesinos.³³⁴

Las campañas antialcohólicas, el fomento al deporte y la sana recreación al aire libre como actividades complementarias, fueron concebidas por las autoridades sanitarias y educativas como estrategias que convertirían al campesinado en una suma de hombres y mujeres fuertes y saludables con la capacidad de mejorar sus condiciones y calidad de vida. Aunado a ello, las recreaciones saludables formaban parte del proceso de *construcción* de un nuevo modelo de campesino.

³³³ Salvador Infante, “El Deporte en el medio rural. Crítica constructiva y de orientación”, *El Maestro Rural*, marzo 1934, p. 34

³³⁴ Mary Kay Vaughan habla de organizaciones como los *Boy Scouts* que influyeron en la conformación de tribus rurales, sobre todo por sus actividades al aire libre. Véase VAUGHAN, 2001, p 171-178.

A petición de las autoridades sanitarias, en las escuelas se tomaron medidas drásticas como prohibir que los niños cantaran canciones como *La Valentina* o *La Borrachita* cuyos títulos y citas, a consideración de algunos maestros rurales, entrañaban un tributo al alcoholismo y opinaban que debían dejar de utilizar palabras y/o frases que lo aludieran porque de esa manera se fomentaba. Otros maestros de Oaxaca fueron más explícitos al hacer la siguiente protesta:

Hago protesta fiel y solemne de no aceptar y no penetrar en tabernas o cantinas a ingerir bebidas alcohólicas y me comprometo así mismo, como hombre que desea la grandeza y prosperidad de su Patria, combatir el vicio del alcohol por todos los medios que estén a mi alcance y no permitir que en mi hogar, con motivo de fiestas o reuniones familiares haga su aparición el funesto licor.³³⁵

Como vimos en este apartado, la campaña antialcohólica de 1929 se valió de todos los instrumentos de propaganda de los que hemos hablado a lo largo de esta tesis para promover consejos antialcohólicos. Sin duda esta campaña es uno de los claros ejemplos de la confianza que las instituciones sanitarias y sus *intermediarios sanitarios* tuvieron en la educación higiénica como una estrategia para sensibilizar a la gente.

³³⁵ Oficio del DSP para que se abstengan los maestros de enseñar a cantar canciones que aludan al alcohol. 1º abril 1936. AHSEP. Fondo Psicopedagogía e Higiene.

Consideraciones finales.

Prevenir a los mexicanos de los años veintes de dos enfermedades llamadas “morales”, como lo fueron la sífilis y alcoholismo, fue un reto que requirió de muy eficaces instrumentos de educación higiénica. Aquí hemos destacado el cine para el caso de la sífilis y los grabados para el alcoholismo. Para el caso del primero, las películas medico-sanitarias casi siempre ponderan en su guión que la negligencia, el desconocimiento o la falta de recursos económicos para poner en práctica los consejos médicos, traían consigo la desgracia de la enfermedad y sus nefastas consecuencias como ver mermado el rendimiento en el trabajo, que se traducía en pobreza e improducción, o en el más funesto desenlace: la muerte. En el caso particular de las películas dedicadas a prevenir al espectador de las enfermedades venéreas, además de lo anterior y de las afecciones físicas y mentales ocasionadas por la sífilis, se cuestionaba la integridad moral de los enfermos ya que se evidenciaba su promiscua e irresponsable vida sexual. En este sentido, los guiones anti-sífilis se convirtieron en jueces inquisidores de los hábitos sexuales de los individuos; es decir, no le dieron alternativa al espectador porque al enfatizar las consecuencias entre acatar o no las recomendaciones que ofrecían, solamente les dejaron abierto el camino de la salud. Finalmente los realizadores y promotores de estas películas, buscaban incidir directamente en los hábitos de las personas para que modificaran su comportamiento y hábitos cotidianos. Independientemente del país de producción y del año de factura, *Al final del camino* (EUA 1919) y *Reconquista* (México 1957) son un buen ejemplo de lo anterior porque combinaron la angustia de los personajes enfermos, dejaron al descubierto la desgracia que podía embargarlos de no identificar a tiempo la enfermedad y reforzaron el papel de la medicina científica y del médico como los salvadores.

Para combatir el alcoholismo, los grabados y dibujos publicados en *El Sembrador* y *El Maestro Rural* representaron gráficamente las condiciones de vida de los campesinos. Es decir, sirvieron para recrear aspectos de la vida cotidiana donde el alcoholismo impactó directamente en las personas bebedoras o no. Los borrachos afectaban a su familia y ponían en riesgo su estabilidad emocional y económica, eran presa fácil de abusos por parte de terceros y en consecuencia eran más vulnerables que una persona sobria, a cualquier desgracia personal o familiar. No menos despiadada que el ataque en contra de las prostitutas portadoras de la sífilis, la propaganda para el combate al alcoholismo fue drástica porque la descalificación al borracho, fue su principal arma de batalla. A su vez, la propaganda anti-alcohol estuvo mas expuesta a los mensajes cruzados enviados por cervecerías y/o productores de otras bebidas alcohólicas a quienes no importaba la incidencia de alcohólicos en el país sino vender sus productos. Pero también tuvo un fuerte enemigo que reducía su posibilidad de impactar entre la población y ese fue la desfavorable realidad económica de los miles de campesinos que, entre otras cosas, carecían de agua potable y bebían pulque sí por gusto pero también por necesidad.

CAPÍTULO 4

La Defensa del Continente y *Salud para las Américas*. Educación higiénica y cine.

Presentación.

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 o 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 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 impacto entre la audiencia ofreciéndole 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 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 en 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 al uso de las películas. Al respecto, surgen las siguientes interrogantes cuyas respuestas guiarán las reflexiones de este capítulo. ¿Cómo hacer accesible al espectador las formas para combatir enfermedades? ¿Cómo explicarle, con dibujos animados y/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 analizaremos 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*. Daremos a conocer la trama de seis de los doce cortometrajes de Walt Disney, así como tres de los cortometrajes de Knapp-Chertok. Para entender la manera como 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 que los *intermediarios sanitarios* fueron fundamentales.

1. Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos y La Defensa del Continente.

Marcos Cueto afirma que a partir de la Segunda Guerra Mundial el término *interamericano* vino a sustituir 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 citada *Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos*, creada como una entidad independiente administrativamente 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.³³⁶ 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.³³⁷ La defensa continental era una prioridad de la política estadounidense y la Oficina desempeñó un papel propagandístico específico en Latinoamérica contra el eje y a favor de los intereses estadounidenses, aunque oficialmente se declarara que buscaba beneficiar a los aliados en general.³³⁸

³³⁶ MORRIS, 1960, p. 137.

³³⁷ PEREDO CASTRO, 2004, p. 80

³³⁸ *Ibidem*.

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 1942) y la segunda la *XI Conferencia Sanitaria Panamericana* (septiembre 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 reunión 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 los temas centrales. Como veremos más adelante, las conclusiones alcanzadas allí ayudaron a definir la propaganda cinematográfica de la Oficina de Asuntos Interamericanos.

2. XI Conferencia Sanitaria Panamericana

La delegación de médicos mexicanos que asistió a esta conferencia estuvo encabezada por el Dr. Manuel Martínez Báez quien elaboró un detallado informe de lo que allí se discutió.³³⁹ 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.³⁴⁰ La voz sonante fue la del doctor Parran, representante de Estados Unidos, quien se presentó declarando: “el profundo interés y la buena voluntad (de EUA) para apoyar cualesquiera proposiciones razonables tendientes a facilitar la integración de actividades eficaces de salubridad y saneamiento, dentro del programa de defensa, siempre dentro de los límites naturales que imponen las necesidades de la guerra”.³⁴¹ 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 el agua, leche y otros alimentos. Enfatizó 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

³³⁹ 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”. En *BDSP*, año VI, no. 2, abril 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, etc. También hace referencia a las sesiones de cine en las que se 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.

³⁴⁰ Logró que se discutiera el día 8 de septiembre. *Ibidem*, p. 130

³⁴¹ *Ibidem*, p. 137.

discutido en la reunión de ministros de relaciones exteriores y se declaró que la colaboración entre los países latinoamericanos era fundamental.

La participación de la comisión mexicana en este tema se hizo presente con la ponencia titulada *Defensa continental y salud pública*, del doctor Guillermo Román Carrillo que fue leída por el doctor Báez³⁴². El autor de la ponencia sostenía que las “múltiples amenazas de nuestros enemigos” provocaban tres tipos de defensa: del individuo, del territorio y del medio. Con respecto a 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 por 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 a defender. 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, estas zonas generalmente se encontraban en condiciones insalubres que favorecían su despoblamiento. Para hacerlas habitables opinaba que las autoridades sanitarias debían tomar las medidas pertinentes. Para crear el medio adecuado –salubre e higiénico- Román Carrillo planteó que era necesario “luchar colectivamente” contra lo que él consideró perjudicial como “el agua o la leche

³⁴² *Ibidem*, p. 142. Una copia de esta ponencia se encuentra en el expediente SP, Congresos y Convenciones, caja 16, exp. 18. Conferencia Sanitaria Panamericana 1942 Río de Janeiro-Brasil. F, 129.

contaminadas, los aedes aegypti, las hembras de anopheles, los escorpiones o Hitler”.³⁴³ 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 lográndose 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 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.³⁴⁴ 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”.³⁴⁵

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

³⁴³ Este comentario de abierto repudio hacia Hitler se contrapone con la admiración que otros mexicanos mostraron hacia su persona. Sobre formación de grupos pro-nazis en México en los años cuarenta, véase CEDILLO, 2007.

³⁴⁴ MARTÍNEZ BÁEZ, 1943, p. 142

³⁴⁵ *Ibidem*, p. 144.

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 las reuniones de Río de Janeiro, el 2 de diciembre de 1943, en la conmemoración del Día Panamericano de la Salud, el doctor Arístides Moll, secretario de la Organización Sanitaria Panamericana, leyó 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.³⁴⁶

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 unimos en una humanidad científica de todas las Américas para luchar por ese brillante porvenir que solo pueden disfrutar los pueblos sanos y felices.³⁴⁷

Moll llamaba a las colectividades a participar de esta empresa contra los enemigos “visibles o invisibles”. A los enemigos a quienes sí puso rostro definido fueron 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”.³⁴⁸

³⁴⁶ MOLL, 1943, p. 786.

³⁴⁷ *Ibidem*

³⁴⁸ CUETO, 2004, p. 73.

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.

3. *Salud para las Américas*. Proyecto cinematográfico.

Tanto Nelson Rockefeller como Hay Whitney diseñaron la cartelera cinematográfica de 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 el ofrecer el mayor bien al mayor número de personas”.³⁴⁹

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 que supervisaba los contenidos y traducía las películas.³⁵⁰ Una vez que éstas eran aprobadas se enviaban a los comités representantes de OIAA en los países latinoamericanos para que los médicos, directores de hospitales y autoridades sanitarias que las integraban, las vieran;

³⁴⁹ “Folleto del Colegio Americano de Cirujanos, septiembre 1943”. En: National Archives and Records Administration (En adelante NARA), Grupo Documental OCIAA, folder 229.

³⁵⁰ “Community Control of VD-Health Film for the General Public”, en NARA, Grupo Documental 229-OCIAA, Caja 944, 1943.

ocasionalmente invitaban a representantes de la Embajada de Estados Unidos.³⁵¹ Como ya se mencionó la Oficina proveyó de proyectores de 16mm y de dinero para pagar los sueldos de quienes los manejaban. En septiembre de 1943 se habían distribuido 22 aparatos en Brasil, 15 en México, 9 en Chile y Cuba y 7 en Colombia.³⁵² En ese año había más de 100 unidades móviles para proyectar las películas en comunidades rurales y a elementos del ejército, la marina y grupos de policías.³⁵³

¿Qué temas eran tratados en estos *filmes* enviados a América Latina? Podemos hablar de dos. Uno era el estrictamente médico-científico y las películas que lo incluyeron fueron distribuidas mayoritariamente en escuelas de medicina y entre el gremio de médicos.³⁵⁴ 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. Sin duda, el proyecto filmográfico de OIAA contó con la participación de un atractivo cineasta que garantizaba coloridos dibujos animados. Me refiero a Walt Disney³⁵⁵ quien dirigió una serie

³⁵¹ Los comités eran Coordinadores de Asuntos Interamericanos. La sede en México se localizaba en la calle Ejido #7, Edificio Jalisco, oficinas 103-104 y estaba al cargo de James R. Woodul.

³⁵² “Production of 2 motion pictures on the profession of Nursing”. NARA, Grupo Documental 229- OCIAA, Caja 946.

³⁵³ “Folleto del Colegio Americano de Cirujanos, septiembre 1943”. NARA, Grupo Documental 229- OCIAA, Caja 944.

³⁵⁴ Algunos temas médicos son Embriología, Corazón y Pericardio, Glándula tiroides, huesos y articulaciones, órganos genitales, sistema nervioso, útero, etc.

³⁵⁵ 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 Isisng, los hermanos Harman, Ham Hamilton y Fritz Frelang. En 1928 crearon a Mickey Mouse y a partir de entonces la fama de WD tomó un camino seguro. Disney prestó su voz al personaje de Mickey “a partir de ese momento el sonido pasó a ser un

de trece cortometrajes con dibujos animados, sonoros y musicalizados. México fue uno de los principales países receptores de estos cortos y sus campesinos inspiraron a los dibujantes de la agencia Disney en buena parte de las representaciones que hicieron de ellos.

4. Walt Disney a escena y en la escena de la defensa del continente.³⁵⁶

The necessity for animation in films aimed at mass education make Disney, ideal for this project.³⁵⁷

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 despuntado en Holywood y se reforzaba lo que se decía de él: “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, fructífero en un estilo único e irrepetible y convirtió su nombre en sinónimo de dibujos animados.”³⁵⁸

Durante la Segunda Guerra Mundial una crisis económica produjo el casi total desmantelamiento de los estudios Disney que se quedaron sin equipo de trabajo y en la bancarrota.³⁵⁹ En esta situación, Walt Disney no dudó en responder el llamado de Rockefeller para participar en la campaña que exhortaba a los países latinoamericanos a

elemento esencial de sus dibujos animados, así como la música, tan inseparable de sus largometrajes. FONTE Y MATAY, 2000, *Op, cit*, p. 9

³⁵⁶ Una versión parcial de este apartado fue presentado en el congreso *La Mirada Mirada* que se realizó en El Colegio de México los días 29,30 y 31 de marzo de 2006. Próximamente será publicado.

³⁵⁷ En NARA Grupo documental 229-OIAA. “La necesidad de animaciones en filmes educativos masivos hizo a Disney ideal para este proyecto”.

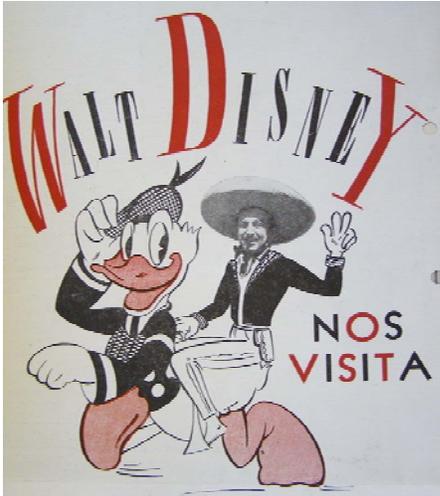
³⁵⁸ TEJERO, 2000, p. 1

³⁵⁹ FONTE Y MATAY,2000, *Op cit*, pp. 13-20.

impedir la penetración del nazismo y adquirió el compromiso de producir películas con tres objetivos definidos. El primero fue dar a conocer entre la audiencia estadounidense las “bondades y atractivos” de los países de las “otras Américas”. Segundo, abrir nuevos mercados para sus películas y tercero, 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. 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.”³⁶⁰ Su recepción estuvo encabezada por la Oficina de Turismo de la Secretaría de Gobernación y Alejandro Buelna, representante de la oficina, hizo los trámites necesarios para facilitar al cineasta los materiales y permisos que necesitara.

³⁶⁰ “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 WM Ferguson director y productor” en *El Nacional* de los días 8 y 9 de diciembre de 1942. “Dos semanas estará en México el genial Walt Disney” en *Excelsior*, 10 diciembre 1942, p. 3. Juan Manuel Aurrecochea reseña con detalle la estancia de Walt Disney en México. Con base en fuentes hemerográficas el autor reconstruye los eventos públicos a los que asistió y las declaraciones sobre su viaje a México. Véase AURRECOECHEA, 2003.



Portada de la Revista *Para gente que Piensa*. Febrero 1943.

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 que:

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.³⁶¹

Después de su viaje por América Latina, Disney produjo la película *Saludos Amigos* (1941) y *Los Tres Caballeros* (1943)³⁶², en esta última el Pato Donald 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 1943.³⁶³ A estas películas comerciales le siguieron, entre 1943 y 1945, los trece cortometrajes mencionados para el proyecto *Salud para las Américas*. La primera serie es de tres cintas de 16mm con

³⁶¹ “Dos semanas estará en México el genial Walt Disney”, *Ibidem*.

³⁶² La película tiene una duración de 1 hora 10 minutos. Más de la mitad está dedicada a mostrar los principales atractivos turísticos mexicanos. Julianne Burton- Carvajal analiza las representaciones latinoamericanas creadas por Walt Disney y el estereotipo de los personajes allí presentados. En BURTON-CARVAJAL 1994.

³⁶³ Walt Disney no asistió a la *premiere* pero sí lo hizo su hermano Roy. La película permaneció 7 semanas en cartelera. Sobre su estreno en México, Salvador Novo manifestó su disgusto por la película criticando que era una “ensalada en lata” en la que se subordinaba al hombre a los animales dibujados. NOVO, 1994, p. 235.

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 y eso explica que Walt Disney utilizará en *The Winged Scourge* a los siete enanos de su conocida película de *Blanca Nieves* como el ejército salvador que combate a la mosquita *anopheles*, transmisora de la malaria. De ser espectadores, los enanos se convierten en los protagonistas del cortometraje e inician una caza sin tregua contra la hembra *anopheles*, a quien constantemente descalifican por ser la portadora 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.

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 que los tiene 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 al 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

súbitamente se ve alterada por un invasor: la enfermedad y los microbios que son representados con manchas de color negro que se mueven y multiplican a gran velocidad hasta invadir y oscurecer a la ciudad (y la pantalla) que queda inmovilizada porque está enferma.

Afortunadamente, el organismo humano tiene una fábrica de armas para combatir a 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 que producen las armas que utilizarán para iniciar la defensa. A partir de este momento aflora un lenguaje bélico que anuncia la “estrategia militar” a seguir 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* y 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 a sus personajes campesinos porque el agua de ríos y cascadas que aparecen en pantalla, abastecen a una familia rural. ¿Cómo es que 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. Disney la viste con falda y rebozo que le cubre la cabeza ayudando visualmente a acentuar su mirada cabizbaja y su andar lento. Como veremos en los siguientes cortometrajes, la familia campesina ya aparecerá como el sujeto “protagónico” a educar higiénicamente y la mujer será representada como la “estelar” y la base de la nueva estructura higiénico-sanitaria que buscaba difundirse. Recordemos que ese fue un recurso utilizado en las ilustraciones de *El Sembrador* y *El Maestro Rural*.

Después de estos tres cortometrajes, Disney realizó entre 1944 -1945 los otros diez cuyos títulos y contenidos fueron explicados en un folleto especial editado por su estudio de filmación.³⁶⁴

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.³⁶⁵

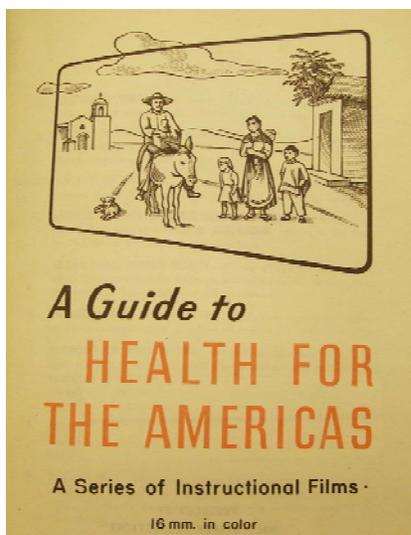
³⁶⁴ “Health for the Americas” Films. Produced by the Office of Inter-America Affairs by Walt Disney Studios. En NARA, Grupo Documental 229- OIAA.

³⁶⁵ “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”. En NARA, 290 OIAA. Caja. Folleto de Walt Disney.

Ya vimos que la Oficina de Asuntos Interamericanos contó con la asesoría del Colegio de Cirujanos para la elaboración de los primeros tres cortometrajes. Sin embargo para esta nueva serie intervino el *Institute of Health and Sanitation*, de Estados Unidos, que fue organizado después de la mencionada tercera 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 multi-culturalidad de los espectadores a quienes iban dirigidos. Opinaron que los que estaban enfocados 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 comprendiera esos temas. Por eso, aceptaron asesorar los nuevos cortometrajes de Disney y 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?* (¿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*. 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 a algunas de ellas.³⁶⁶

³⁶⁶ *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.

Por su parte la Oficina 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 oficina 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.



Portada de la Guía *Health for the Americas*.

a. Los cortometrajes

De esta serie de diez cortometrajes aquí hablaremos solamente de: *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, 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 una de estos cortometrajes fue promover la idea de que un individuo limpio y saludable era próspero, alegre y contribuiría al progreso de su país. Primero hablaremos de *How Disease travels* y *Cleanliness brings Health* porque manejan mensajes complementarios. Dejaremos para el final *Infant care* que desde 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.

b. 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. 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, que era para los años cuarenta 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 enfatizaba que había que destacar en las ilustraciones de los carteles de propaganda 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 hiera más profundamente la imaginación”.³⁶⁷

La animación en ambos cortometrajes se logró mediante el uso de un pincel cuyos trazos dan forma a los paisajes y a los personajes. En *How Disease travels* el pincel dibuja un colorido pueblo con casas de adobe, techo de palma, árboles frondosos y un río que lo cruza. Paulatinamente va trazando la ruta que seguirá la enfermedad, de casa en casa. En *Cleanliness brings health* se utiliza el mismo recurso del pincel y al inicio de la película se presentan, en dos lienzos montados sobre caballetes, los retratos de las dos familias protagonistas. Una limpia y sana; la otra sucia y enferma; las representaciones de ambas familias se basan nuevamente en los contrastes en donde los colores utilizados juegan un papel fundamental. La transparencia de los luminosos como el blanco y amarillo sirven para arropar a la familia saludable. Los tonos oscuros como el negro, gris y azul cubren a la familia enferma e improductiva.

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

³⁶⁷ “Campaña Pro-Aseo”, en el *Maestro Rural*, junio 1936.

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, los príncipes valientes de las películas de Disney y los campesinos de sus cortometrajes higiénicos. Por supuesto que 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.

Mirando al interior de las casas que habitan, los espectadores distinguimos las prácticas higiénicas y formas de vida que diferencian a los protagonistas. Cómo cuidan de 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 imbuidas de los consejos sanitarios.

c. La trama

En *How Disease travels* la pregunta a resolver es ¿cómo se enferma un organismo sano?. El pincel guiará al espectador en el recorrido que hacen los microbios para contagiar a las familias irresponsables y arraigadas a 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 afectaran 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, en 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 clientas quienes, a su vez, las 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 que 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.

Como es de suponer, 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 que construyen su letrina en el patio de su casa.

A diferencia de esta, la otra familia habita una casa sucia, la mujer cocina en el piso, sus animales de corral desfilan por la casa sin ningún impedimento, olfatean y muerden la comida que está desprotegida, 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. Están enfermos de disentería y no pueden trabajar. La ambientación dada a esta familia y su casa es de total desolación y nos recuerda el dibujo que Diego Rivera hiciera de la casa del borracho. Nos encontramos así 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 defecando en la milpa, contaminando el agua y haciendo evidente su falta de hábitos higiénicos, recuerdan insistentemente al espectador que ese no es el camino a seguir para alcanzar una vida saludable y productiva.

d. Una trama diferente

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 que iba en aumento porque la madre aparece embarazada de su quinto hijo. La trama busca explicar al espectador cómo deben cuidarse las mujeres durante el embarazo y cómo alimentar a su bebé antes y después de nacer. En principio ya tenemos a una madre de familia que acude con el médico desde su primer mes de embarazo, que tiene una familia sana y un marido, jefe de familia, que

cultiva solamente legumbres nutritivas. Entonces, los consejos que ofrece el documental se circunscriben a la alimentación y su valor nutritivo. Nuevamente el uso de recursos visuales como el libro abierto que al cambiar de página cambia de escena, el pincel que da forma a los personajes y a los alimentos y una música melosa de fondo, sirven de marco para que el espectador vea en esta familia y en particular en la madre, al modelo ejemplar a quien ya no hay que explicarle los consejos básicos sobre la higiene personal y de los 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 mostrando los beneficios de la limpieza y la salud. El manejo de contrastes, de esos que “hieren más profundamente la imaginación”,³⁶⁸ la intensidad u opacidad de los colores, la actitud y los movimientos de los personajes, fueron recursos visuales que podían ayudar a atrapar la atención del público – actualmente lo hace- y tal vez lograron en el momento –no lo podemos afirmar- 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 a las mismas, un acierto del guión propuesto en estas historias era que las recomendaciones planteadas no requerían de infraestructura “moderna” como suministro de agua potable, alcantarillado, drenaje, etc-. 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

³⁶⁸ “Campaña Pro-Aseo”, en *El Maestro Rural*, junio 1936.

de la imagen para desenterrar comportamientos negligentes y por supuesto, a disminuir la ignorancia. El recurso de mostrar los contrastes se refuerza con la frase *as his old costumes*, que se repite en varias ocasiones y 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 empezar a hablar de una población más familiarizada con los postulados higienistas del momento como la representada en *Infant care*.

e. Otras historias que parecen 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”.³⁶⁹ 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 Secretaría de Salubridad para que realizaran su trabajo fue que no incluyeran *escenas denigrantes* y sí mostraran los trabajos que esta instancia hacía en el país para mejorar sus condiciones higiénico-sanitarias. Herbert Knapp aceptó los requerimientos y propuso las siguientes tomas que le interesaba fotografiar.

³⁶⁹El 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, 57fs. Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Dirección de Proyectos MEX-HE.

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.³⁷⁰

Esta cita es sumamente representativa de la manera como los estadounidenses de este proyecto visualizaban a los mexicanos y sus costumbres y explica en parte que las representaciones que hicieron de los campesinos acompañadas de esa frase, *as his old costumes*, utilizada incisiva y particularmente por Walt Disney, fueran la base de sus cortometrajes. Curiosamente, aunque fue Knapp quien hizo explícito su interés por estas imágenes, se cuidó de maquillarlas. A diferencia de Disney, en los cortometrajes que realizaron Chertok y Knapp, los protagonistas son mexicanos de carne y hueso lo cual muy probablemente produjo un efecto diferente en el receptor, ya que el personaje de la pantalla era como él.



Reproducida de la *Memoria* de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1947-1950, p.269.

³⁷⁰ AHSS Fondo SSA, SubSya, Caja 9, exp 1, 1946-1949, 57fs. Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Dirección de Proyectos MEX-HE.

Los escenarios son la ciudad y el campo porque en uno u otro, la gente podía enfermarse. Por esto 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* juega un papel central. En la primera, Juan quedó ciego porque la viruela que lo atacó desde pequeño pudo haberse prevenido pero por ignorancia de su madre, que no por falta de cariño, no lo vacunaron a tiempo. En el caso de *La Tifoidea*, la ignorante es la cocinera María quien al inicio del cortometraje desconoce que es portadora de la enfermedad y, conforme avanza la historia, se sabe que en cada casa en donde había trabajado, contagió con sus alimentos a algún integrante de la familia. Afortunadamente, cuando la cadena de enfermos se había hecho más numerosa, el doctor Márquez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia ya había identificado a María como la portadora.³⁷¹

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 como *precaución, no corras riesgos, culpa*, que amplían un 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

³⁷¹ Este documental está inspirado en 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, WALTER LEAVITT, 1992.

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.

Hasta aquí hemos presentado cual fue la cartelera de OIAA y el contenido de algunos de sus cortometrajes, ahora pasemos a dar seguimiento a la campaña en México y al uso que se dio a las películas.

5. 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.³⁷²

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 dos millones quinientos mil dólares para el *Programa Cooperativo de Salubridad y Saneamiento* de México. Fue firmado por el doctor Víctor Fernández Manero, Jefe del

³⁷² Fragmento del informe “La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública” en Boletín del Departamento de Salubridad. En Boletín de Salubridad y Asistencia, Tomo VII, No. 3, 1947, p. 25

Departamento y George C. Dunham, representante y vicepresidente ejecutivo del Instituto de Asuntos Interamericanos.³⁷³ 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 dos millones quinientos mil dólares para ser gastada en un período de cinco años, siempre y cuando el gobierno mexicano contribuyera con una cantidad igual durante el mismo período. Gustavo Baz era el secretario de salubridad y bajo su gestión, en 1944, se renovó el convenio y 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.³⁷⁴

El programa propuso tres rubros que fueron establecidos por los estadounidenses: la construcción de obras de saneamiento en algunos estados mexicanos por los que pasara la carretera panamericana³⁷⁵, la intensificación de trabajos sanitarios y preventivos para el

³⁷³ “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”. En Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante 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)

³⁷⁴ En 1944 pagaría 300 mil dólares. En 1945, 400 mil, en 1946 serían 500 mil y en 1947, 600 mil. El último pago sería en 1948 con 700 mil dólares. Convenio entre México y Estados Unidos, *Op cit*, fs 48-60.

³⁷⁵ 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 mil 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.

control de enfermedades transmisibles y el fomento de obras públicas que mejoraran las condiciones sanitarias del país.

La *Sección Médica*, a la cual damos prioridad en esta tesis porque fue la directamente involucrada con las campañas de salud y educación higiénica, dio apoyo técnico y económico para el 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 y/o centros de higiene instaurados, el programa les asignó una clave como las siguientes.

Clave	Asignación
HCO-1	Boca del Río (Ver)
VD-2	Centro de adiestramiento en el Control de Enfermedades Venéreas
MEX-MED 2	Centro de Higiene y Adiestramiento de Xochimilco
PAL 1	Centro de Adiestramiento en Cuernavaca, Morelos
He 4	Escuela de Medicina UNAM

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's 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 la Johns Hopkins University, para este período la

Escuela de Ann Harbor fue de las más solicitadas. Las becas otorgadas a médicos y enfermeras tenían una duración mínima de 6 meses.³⁷⁶

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 instrumento educativo por excelencia. Recordemos que copias de las películas habían llegado a la Secretaria de Salubridad y Asistencia en 1946. En esa ocasión, el doctor Harold Himan, representante estadounidense de la campaña en México, hizo la aclaración de que las películas 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”.³⁷⁷

a. Desde Xochimilco los cortometrajes se preparan para salir a las comunidades.

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 las llevaron a los pueblos, a las calles y con la gente. Para analizar lo anterior tomemos como ejemplo el *modus operandi* del programa, al que se llamó *Mex-Med 2*, implementado en el *Centro de Higiene y la Unidad de Salubridad y Estación de*

³⁷⁶ Otro rubro importante del *Programa de Saneamiento* fue el de obras públicas en el que intervino directamente la Secretaría de Recursos Hidráulicos con quienes diseñaron proyectos de suministro de agua potable e instalación de drenajes, etc. Este ramo abre una veta interesante de estudio para futuras investigaciones.

³⁷⁷ “Carta de Wyman R. Stone Jefe de la Misión al Dr. Gustavo Baz” 25 julio 1946. En: AHSSA. Fondo SSA. SubSya, caj 9. Exp. 1

Adiestramiento de Xochimilco.³⁷⁸ 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.³⁷⁹ Al finalizar su recorrido determinaron que, entre otras cosas, educar a las personas ayudaría a sensibilizarlas para 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.³⁸⁰ Pero 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 consistió en once conferencias con diferentes temas y en casi todas se proyectaron las películas de OIAA. En la primera se expuso cuál era el propósito de la educación sanitaria y utilizaron la película *Cleanliness Brings Health* como recurso audiovisual. Recordemos que esta película representa 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

³⁷⁸ 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.

³⁷⁹ En 1945 en Xochimilco había censadas 33,000 personas con un porcentaje de 27% de niños vivos al nacer que morían antes de cumplir 1 año.

³⁸⁰ Proyecto de Programa para la Unidad de Salubridad de Xochimilco DF de la Dirección de Cooperación InterAmericana de Salud Pública. EN AHSSA, Fondo SSA, Sección SubSyA, caja 6, exp.2

que los limpios y/o educados tenían, por supuesto, una mayor 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 se enfocaron en el 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 a combatir o los consejos higiénicos a promover se plantearon estrategias para que los intermediarios 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 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 Americas*³⁸¹ y la citada *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 tenían en sus manos la responsabilidad de que los espectadores entendieran el mensaje y vieran mucho más que simples caricaturas moviéndose sobre la

³⁸¹ 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, etc. 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”

superficie de una pantalla de cine. Bien decían, refiriéndose a los espectadores frente a los dibujos animados, que: “ya que esta técnica es nueva, frecuentemente se distraen por el uso de colores, humorismo, movimiento y no perciben el objeto de la película.”³⁸²

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 debían transmitir los que ellos asimilaban?, ¿cómo hacerlo entendible a la gente común, entre la que muy seguramente había quienes no sabían leer ni escribir y quienes aún carecían de los hábitos higiénicos que promovían las películas? 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:

Punto Básico	Ilustración de la película
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

³⁸² “Programa educacional propuesto para mejoras sanitarias en Xochimilco”, en 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 de carne y hueso 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, 1994, P. 188-190.

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 DF de la Dirección de Cooperación InterAmericana de Salud Pública. En: AHSSA, SSA, SubSya, caja 6, exp. 2.

Lo interesante de estos diez puntos son los mensajes político-sanitarios que subyacen en cada una las películas de OIAA. Recordemos que el discurso prevaleciente tanto en la *Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores* como en la *XI Conferencia Sanitaria Panamericana* –Río de Janeiro, 1942- fue “la defensa del continente” 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 de este cuadro buscaron transmitir la certeza de que los espectadores estaban involucrados en esa “historia de todos” para defender en equipo el bien máspreciado entonces: su salud.

Es importante destacar que los siguientes cuatro puntos ya se refieren a un individuo que pese a conocer los beneficios de la higiene y cuidar su salud (no. 3) es vulnerable a “algún” ataque. Entonces tenemos que el otro planteamiento implícito aquí es que había que estar alerta ante cualquier amenaza. Aparece en escena un enemigo principal: la enfermedad “invisible, silencioso (a) y mortal” (no. 4) que se había convertido en la otra cara de los enemigos de los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial. Recordemos que *La Defensa contra la invasión* es sin duda la película que mejor representa esta asociación entre la enfermedad y el enemigo a combatir. 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” (no.8) o más explícitamente, “lo que José debe hacer para protegerse” (no.9). Alusiones como estas 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 17 películas que después los intermediarios podían solicitar en la Dirección General de Educación Higiénica de la SSA. En el interior del país debían pedir las en los centros coordinados regionales y como última opción en la sección informativa de la embajada de Estados Unidos. El material estuvo a su disposición, ahora veamos cómo lo llevaron con la gente.

b. 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 del estado de Michoacán, seis de Jalisco y otros tantos de Guanajuato. Al iniciarse los trabajos del Programa en 1949, había censadas 233,144 personas que vivían en la región. El objetivo de la campaña fue “hacer de la cuenca una región sana” y su prioridad fue vacunar contra la viruela, pero también trataron otras enfermedades. El coordinador fue el doctor Gustavo Abreu Jasso y Pío Alcántara fue el médico jefe de Distrito para medicina preventiva.³⁸³ Había dos brigadas

³⁸³ 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-

con su correspondiente jefe, diez vacunadores en cada una y un chofer. En ocasiones, éstas estaban formadas por mujeres y por gente joven que reclutaron en la ciudad de Uruapan a quienes se entrenó durante doce días. Ambas, tenían un *jeep* –que no siempre servía- para desplazarse, aunque había zonas geográficamente difíciles en 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 “5 o 6 horas de distancia en “bestia” de la otra”.

Una mancuerna particular de esta brigada fue la del epidemiólogo y el sanitarista a quien también se llamó “oficial sanitario de enlace”. Era él quien 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 que esto tenía 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 5 y 6 pesos- que rebasaba su presupuesto, motivó que en sus informes de trabajo

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.

dejaran asentado de manera insistente cómo trasladaban la linfa. Quizá su insistencia fue una manera para proteger su trabajo porque si la vacuna se quedaba sin hielo y se 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.³⁸⁴

No es novedad dar a conocer las carencias, inclemencias y desasosiego que vivieron muchos de los intermediarios en su trabajo cotidiano; lo que si 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 si 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”.³⁸⁵ 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 eso afirmó se refería a que

³⁸⁴ AHSS. Proyecto Cuenca de Tepalcatepec. Informe del Ing. Sanitario y el médico jefe de Distrito para Medicina Preventiva. Fondo SSA, SubSya, caja 33, exp. 9 1949-1951.

³⁸⁵ Las negritas son mías. Informe de Francisco Chavarria desde Quitupán, Jalisco, 27 junio 1949. En AHSSA, Cuenca de Tepalcatepec, *Ibid.*

ablandaban su estado de ánimo.³⁸⁶ Por eso, una estrategia de las campañas fue enviar en avanzada a esta brigada para facilitar el acceso al resto del equipo y lograr, por una parte, que quizá sí los habitantes de una comunidad rural cualquiera veían primero *La Defensa contra la invasión*, recibirían 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 posible reacción del espectador lo que buscaba esta brigada era persuadir a la gente a que recibieran de buena manera a la brigada porque de la buena acogida que le dieran dependía, en gran parte, el éxito de la campaña.

Así lo hicieron en diferentes comunidades. Aunque existen testimonios de rechazo a los brigadistas –que veremos en el siguiente apartado-, quien eso informaba llegó a aclarar que generalmente lo recibieron de pobladores que no habían tenido la visita previa de la brigada. Si empleamos el término de nuestro intermediario, se trató entonces de personas que no habían sido “ablandadas”.

Estas brigadas educativas fueron itinerantes y 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 del DSP llevaba su propio equipo de cine, un aparato *Ampro* con pantalla tipo cristal y fue el “único elemento” con el que contó. Para poder conectar el sonido necesitaron del apoyo de la brigada SEP que les suministró la electricidad porque llevaba una planta de luz portátil.

³⁸⁶ Informe mensual de labores de la brigada de educación higiénica. Francisco Chavarría Valero. Jefe de Brigada. Agosto 1949. En AHSSA, Proyecto Cuenca Tepalcatepec, *Ibidem*.

Recordemos que 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 movilizado 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 de la misma.³⁸⁷

c. Resistencia.

El desconocimiento, la negligencia, el miedo y/o la prepotencia fueron factores que estuvieron presentes en la empresa sanitaria del período de estudio de esta tesis. Aparecieron en medio de situaciones que involucraron a los intermediarios sanitarios y propiciaron reacciones individuales y/o colectivas que entorpecieron su trabajo y en ocasiones lo paralizaron mediante acciones violentas que muchas veces atentaron contra la vida de estos personajes.³⁸⁸ James C. Scott afirma que la relación de poder entre grupos

³⁸⁷ “Campaña de educación higiénica dentro de la lucha contra la viruela en el estado de Michoacán. 18 marzo 1947” en AHSS, Fondo SSA, SubSya, caja 31, exp. 3.

³⁸⁸ Teresa Meade analiza la revuelta contra la vacuna antivariolosa que se vivió en Río de Janeiro entre el 11 y el 18 de noviembre de 1904. Durante una semana, la población se resistió a ser vacunada considerando la disposición gubernamental y de las autoridades sanitarias como una imposición que afectaba su integridad. Realizaron acciones violentas en contra de las instalaciones de gas y luz, centrales de policía y centrales sanitarias, entre otras manifestaciones de resistencia. Véase, MEADE, 1987, pp. 301-322. De la misma autora

dominantes *versus* subordinados propicia formas de resistencia que se manifiestan de múltiples maneras. Se expresan en un sentido vertical que, generalmente, emerge de abajo hacia arriba; es decir, de los subordinados hacia el grupo dominante que representa el poder.³⁸⁹ Idealmente, si a estos actores definidos por Scott los ubicamos en el marco de una campaña de salud, tendríamos a los intermediarios, como representantes del Estado y portadores del “conocimiento científico”, jugando el rol del grupo dominante. Los habitantes de las comunidades que los recibieron tomarían la investidura de los segundos; es decir, los “subordinados” y en definitiva, si decidían no aceptar al intermediario en su comunidad o no acatar sus instrucciones, hacían tambalear la efectividad de la campaña. Veamos un ejemplo que sale de la región de Cuenca de Tepalcatepec pero que es representativo de los efectos que produce la resistencia de la población “subordinada”.

En el marco de la campaña contra el mal de pinto iniciada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a mediados de los años cincuenta, uno de tantos agentes sanitarios adscritos a esta Secretaría fue enviado a un pueblo guerrerense reportado por su alto índice de población enferma. Se trataba de un poblado aislado y que había estado marginado de los servicios sanitarios y médicos. El traslado de nuestro intermediario sanitario a ese sitio se dio primero en una camioneta de la Secretaría y después a pie a lo largo de un camino sin pavimentar rodeado de un paisaje seco y árido y bajo un intenso calor. Cuando por fin llegó a su destino, la bienvenida de la población no fue la que esperaba. Hombres y mujeres

véase “Living Worse and Costing more: Resistance and Riot in Rio de Janeiro, 1890-1917”, en bibliografía. Para el caso mexicano véase el recién publicado artículo de Claudia Agostoni sobre una movilización de resistencia que se dio en la ciudad de México, entre 1926 y 1927, en contra de los programas para detectar la difteria y la escarlatina y las campañas de vacunación obligadas. Véase AGOSTONI, 2008, pp. 287- 311.

³⁸⁹ Este autor plantea que cada grupo subordinado produce, a partir de su sufrimiento, un *discurso oculto* que representa una crítica al poder. También se refiere al discurso oculto de los dominantes que articula prácticas y exigencias que no se pueden expresar abiertamente. Los rumores, el chisme, los cuentos populares, las canciones, entre otros, han sido los vehículos para manifestar la resistencia a una imposición o demostración de poder. Véase SCOTT, 2000, p 21.

se mostraron indiferentes y groseros hacia su persona pero lo peor sucedió cuando inició sus visitas domiciliarias y preguntó por los enfermos que llevaba reportados. Quienes aceptaron abrirle la puerta le mintieron diciéndole que no existía la enfermedad en el pueblo y mucho menos que allí vivieran “manchados”. Mejor escondían a sus enfermos que permitir que el brigadista los viera.

El rechazo a su persona se extendió hasta el punto que le negaron cigarros y alimentos en la tienda del pueblo. Ese primer día de trabajo no fue productivo y por la noche estaba preocupado porque al día siguiente llegaba la brigada de vacunación y se encontraría con que él no había logrado “ablandar” a la gente. Antes de desanimarse, a la mañana siguiente se propuso nuevamente ganar la confianza de la población y en su recorrido matutino por el pueblo ayudó a un niño que intentaba desenredar la cuerda de su papalote. Con esta acción desinteresada el brigadista se hizo de un amigo y un aliado. Después de este incidente y antes del arribo de la brigada logró reunir a algunos campesinos malencarados y reticentes en la plaza del pueblo y les explicó que una inyección evitaría el mal de pinto. Los campesinos lo escuchaban y no se atrevían a dar el paso para que el brigadista los vacunara. Finalmente lo hizo el niño del papalote y a él le siguieron gradualmente, los demás.

Esta historia y las que encontramos en los informes escritos de los brigadistas son en esencia parecidas. La diferencia es que en la recién comentada nos referimos al guión del documental titulado *Hombres marcados* (1961)³⁹⁰ que más bien nos muestra una representación filmográfica del intermediario (agente sanitario) en un contexto de resistencia a su trabajo y su persona. Seguramente inspirada en los testimonios hablados o

³⁹⁰ Documental realizado en 1961 por Sagitario Films y dirigido por Francisco Hernández Arvizu para la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Pertenece al acervo filmográfico del AHSSA.

escritos de los intermediarios sanitarios sí nos recrea dos ambientes propios de los personajes. Al brigadista lo envuelve un ambiente hostil, de inseguridad y también de desesperanza por sentir que no se alcanzan los objetivos planteados. A los habitantes del pueblo los cubre la desconfianza hacia ese “extraño” que llega a su pueblo, la ignorancia de no saber que el mal de pinto es una enfermedad curable y sobre todo, el miedo a la inyección y al tratamiento.

Recientemente Claudia Agostoni ha incursionado en el tema de la relación que se establece entre los vacunadores contra la viruela y sus vacunados en México en el período de 1920 a 1940. Este tema general remite a la autora al más particular de la resistencia y para estudiarlo diseñó una ruta interesante: a través del análisis del *miedo* que debieron sentir uno y otros; es decir, vacunadores y vacunados. Agostoni afirma que la aplicación de la vacuna y el temor no se pueden deslindar y que esto propició “una verdadera resistencia invisible” entre los vacunados.³⁹¹ En la Cuenca de Tepalcatepec, hubo resistencia a la vacuna antivariolosa y con base en los testimonios revisados me atrevo a agregar un elemento que sirvió como mediador entre el miedo, la desconfianza y la ignorancia; me refiero a la templanza de los intermediarios para manejar situaciones extremas, atemperar los ánimos y evitar que éstos se exacerbaren:

En ranchería los limones el epidemiólogo y vacunadores regresaron a donde ya se habían negado a vacunarse. No convenía abandonarlo porque estaba al centro de otras rancherías y era punto importante de paso. El encargado estaba jugando baraja con otros nueve, borrachos y armados. Cuando vieron a la brigada insultaron al personal vacunador de la manera mas soez y principalmente al epidemiólogo que gracias a la serenidad y al tino empleado, se evitó una acción más violenta, llegándose a inocular a estos mismos rebeldes en medio de los insultos y gritos provocativos.³⁹²

³⁹¹ AGOSTONI, 2008a, *Op cit.*

³⁹² Informe de trabajo en el que el jefe de brigada “expones solo dos casos de todos aquellos en que han encontrado resistencia y aún amenazas”.

Desafortunadamente en el caso particular de las películas de OIAA no localizamos referencias ni a favor ni en contra. Sin duda, la campaña en la Cuenca proyectó las películas, y la información más representativa que pudimos rescatar sobre el acontecimiento cinematográfico se limita al número de personas que asistieron al cine. Se confirma aquí la afirmación hecha al inicio de esta tesis de que el tema de la recepción no fue del completo interés de médicos, sanitaristas y maestros rurales. Si no podemos saber qué reacción tuvieron los espectadores mientras vieron las películas, es excepcional cuando se nos narra lo que hacían cuando ésta no les gustaba. Por ejemplo, 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”.³⁹³

En este sentido, lo aquí expuesto y el trabajo realizado por Seth Fein es lo que más se aproxima a un intento por dar seguimiento a la *caravana cinematográfica* de finales de los años cuarenta y cincuenta, promovida por la Oficina de Asuntos Interamericanos.

Este autor reconstruye las giras de propaganda cinematográfica realizadas en diferentes estados como Veracruz, Hidalgo y Estado de México y nos adentra al escenario rural en donde podemos ver a los campesinos frente a la pantalla de cine que las unidades móviles, enviadas por la embajada estadounidense, trasladaron a las comunidades.³⁹⁴ Como se observa en las siguientes dos fotografías la asistencia de los campesinos a las funciones de

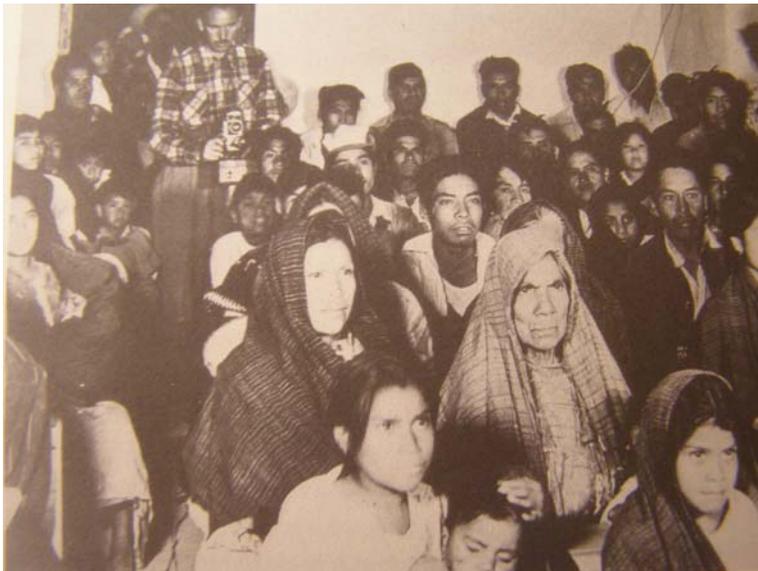
³⁹³ “Todo lo relativo a la semana de Higiene en la Escuela Primaria #46. Tulyehualco, Iztapalapa.” En AHSEP, Fondo Psicopedagogía e Higiene, caja 5171, exp. 5171/11, 1936.

³⁹⁴ 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 dejaron escuchar grupos musicales locales que amenizaron el evento. Se visitaron 61 comunidades rurales en las que se proyectaron películas. Véase, FEIN, 1998, *Op. cit.*

cine fue numerosa y nos permite suponer que la movilización de las campañas y la difusión que hicieron de las funciones de cine tuvieron una buena acogida.



Presentación de cine de la unidad móvil en San Andrés Ahuayucan, México. Julio 1951
Fotografía tomada del artículo de Seth Fein "Film propaganda in Cold War México", p. 427 (Fue reproducida por el autor de: 306-PS-51-17247, National Archives Still Picture Branch)



Función de cine en Pátzcuaro, Michoacán. 1951
Fotografía Tomada del artículo de Seth Fein "Film propaganda in Cold War México", p. 427
(Fue reproducida por el autor de: 306-PSB-51-10450, National Archives Still Picture Branch)

Consideraciones finales.

En el contexto de la Segunda Guerra Mundial, las políticas sanitarias internacionales estuvieron dirigidas hacia un propósito: La defensa del continente y la salubridad 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, que se defendía a la población de ataques enemigos perjudiciales.

Desde Washington, la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, creada por el presidente Franklin D. Roosevelt en 1940 y encabezada por Nelson Rockefeller justificaba su incursión en los países latinoamericanos a través de la ambiciosa campaña *Health for the Americas*. La propuesta de la campaña indicaba que estaba dirigida particularmente a los campesinos latinoamericanos y por eso se pensó en atractivas estrategias de educación higiénica y propaganda que incluyeron una novedosa cartelera cinematográfica que posicionó al cine como un importante instrumento de educación.

En México, la puesta en marcha de esta 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, las enfermedades venéreas 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. 3. en el terreno de la educación higiénica, promovió la proyección de las películas producidas por la Oficina de Asuntos Interamericanos. Tres fueron los 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 corto articuló eventos de la vida cotidiana de la población rural con

los problemas médico-sanitarios de la época. Walt Disney particularmente diseñó su propia representación de la realidad sanitaria de los países latinoamericanos y exhibió a sus habitantes como individuos ignorantes, sin los hábitos higiénicos más elementales para llevar una vida digna y saludable. Las condiciones sociales, políticas y culturales de cada país, que no siempre favorecían las condiciones sanitarias de sus habitantes, fueron borradas de una pincelada y lo que se destaca es que el proyecto de salud gestado en Estados Unidos, a través de las películas de OIAA, estaba allí para orientar y “salvar” a los 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, dadas por una amplia gama de colores el proyecto justificaba su incursión en América Latina.

Mas 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, a diferencia de la mencionada película *Al final del Camino*, estos cortometrajes se hicieron pensando en un público definido: los campesinos latinoamericanos en su entorno rural y con sus limitaciones tanto de infraestructura sanitaria como de educación higiénica.

Capítulo 5.

A erradicar el paludismo. Una mirada desde el cine nacional

Presentación.

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.³⁹⁵ 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.³⁹⁶ La campaña se organizó en tres 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

³⁹⁵ 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.

³⁹⁶ Zona 1: estado de Yucatán, municipios de Campeche y territorio de Quintana Roo. Zona II: estado de Tabasco, 24 municipios del estado de Chiapas, 2 de Campeche y 20 del sur de Veracruz. Zona III: parte central del estado de Veracruz, 6 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 SLP, Querétaro e Hidalgo y 30 municipios de Veracruz. Zona VII: Tamaulipas, Nuevo León y Coahuila. Zona VIII: Puebla, Guerrero, Tlaxcala y DF. Zona IX: Guerrero y dos municipios de Oaxaca. Zona X: Michoacán, Guanajuato y 22 municipios del estado de México y Jalisco. Zona XI: Colima, Jalisco y Nayarit. Zona XII: Aguascalientes y Zacatecas. Zona XIII: Sinaloa, Durango, los correspondientes al territorio sur de Baja California y 5 de Chihuahua. Zona XIV: Sonora, Chihuahua y 5 de Baja California Norte. Véase, BLANCARTE MELÉNDEZ, 1959, p. 39.

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, en 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: 16, 717, 57 habitantes, 2, 689 rociadores y 3, 361,429 casas fumigadas.³⁹⁷

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 de las zonas palúdicas. Los insecticidas utilizados fueron el DDT y el dieldrín que se aplicaron con 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 obtenidos con las fases anteriores y, de ser necesario, redoblar esfuerzos porque la finalidad era declarar al paludismo erradicado del país

Como parte de sus trabajos de propaganda y educación higiénica, la CNEP editó el *Boletín* regional –del que hablaremos 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 enfocaremos la lente en tres cortometrajes nacionales: *Guerra al Paludismo*, *Cruzada*

³⁹⁷ Datos presentados por Marcos Cueto en el Simposio Global Health Histories realizado en el National Institute of Health en Bethesda, Maryland.(Washington DC) los días 3 y 4 de noviembre de 2005. Con la ponencia titulada *Cold War Malaria in México*.

*Heroica y Erradicación del Paludismo en México.*³⁹⁸ Opinamos que sus guiones magnificaron los trabajos de la Comisión y fueron estructurados con base en una retórica que enfatizó el esfuerzo del Estado mexicano y los mexicanos “comprometidos con la Nación” en la batalla contra el paludismo. En este sentido, las representaciones cinematográficas son valiosas fuentes audiovisuales que representan un corpus de propaganda oficial del momento en el que fueron realizados.

Previo a la presentación de estos cortometrajes trataremos 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 en el nivel mundial, 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, definimos el concepto y presentamos 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 analizaremos la organización de la campaña nacional y su estrategia de educación higiénica a través del cine.

Para entrar en materia cinematográfica presentamos un recuento de la filmografía antipalúdica (mayoritariamente estadounidense) producida entre 1925 y 1960, atravesado por la Segunda Guerra Mundial y la Guerra Fría iniciada en 1947. Esto explica que los documentales producidos en este período tuvieran un notorio matiz bélico que definió elementos simbólicos que permearon la filmografía mexicana que aquí analizamos. Un

³⁹⁸ 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 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 Fílmoteca Nacional de la UNAM. Con excepción de *Guerra al Paludismo*, las otras dos forman parte del acervo del AHSSA.

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 no. 1” y su combate como una guerra sin tregua. Con base en estos referentes, encontramos en los documentales anti-palúdicos mexicanos que el hilo conductor es precisamente el que integra el lenguaje bélico internacional al ya muy repetido discurso nacional que enfatizaba 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. Como ya se mencionó, la campaña se dividió en tres fases con una cronología específica. La fase tres inició en 1961 y sus resultados fueron valorados hasta varios años después. Esta parte se sale del marco cronológico propuesto en esta tesis por lo que solamente mencionamos algunos aspectos generales de ella.

1. Que es el paludismo y como se manifiesta

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”.³⁹⁹ 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 perniciosa) 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 crónico⁴⁰⁰ 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”.⁴⁰¹ Los *Anopheles* viven en las regiones con

³⁹⁹ 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, *Op cit*, p. 2.

⁴⁰⁰ 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. Este médico recibió en 1921 su título de médico cirujano y partero en la Universidad Nacional de México. Se le debe la creación del primer dispensario del Departamento de Salubridad Pública en Iguala Guerrero. Jugó un papel destacado en el combate al paludismo realizando investigaciones malariológicas y encabezando las principales campañas antipalúdicas. Véase, SOBERÓN Y PARRA, 1936, p. 90.

⁴⁰¹ 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

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 ni 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.⁴⁰²

¿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. Hacia finales de la década de 1920 y principios de 1932 estos fueron los números de defunciones provocados por el paludismo:

Año	No. Defunciones	Coficiente por 100,000 hab.
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, en *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 aumentaba el deterioro de su calidad de vida. Llevados estos casos al terreno nacional, el paludismo

morbilidad, que incluyen la incidencia y la prevalencia. Por mortalidad se entiende el número de defunciones en un período específico; Véase, LASSO ECEHEVERRIA, 2002, p. 305-306.

⁴⁰² MARTÍNEZ BÁEZ, 1980, P. 97

afectaba el progreso agrícola e industrial. El paludismo por sí solo era un grave factor de empobrecimiento nacional en el trópico mexicano.⁴⁰³ Por esta razón, era de esperar que las campañas para combatirlo fueran constantes.

Más que enumerar las diferentes campañas que se llevaron a cabo entre los años veinte, treinta y cuarenta, lo que me interesa destacar es que su combate ha sido a través de dos métodos: el antilarvario y el de 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.⁴⁰⁴ 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”.⁴⁰⁵ 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

⁴⁰³ Informe de Labores del Instituto de Enfermedades Tropicales, en *BDSP*, 1931, p.275

⁴⁰⁴ En México la especie *Gambusia* era la más recomendable –se conocían como chalacos- que se reproducían en ríos de América y fueron exportados de EUA a México. El 11 de enero de 1921, Gabriel Malda solicitó a la *Meridian Highway Association* de San Marcos Texas, la venta de dos mil quinientos 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” en AHSS, SP, Epidemiología, caja 24, exp. 5, f. 1.

⁴⁰⁵ Para una historia del DDT y sus implicaciones sociales, sanitarias y políticas. véase, HUMPHREYS, 1996. RUSELL, 1999 y STAPLETON, 2005.

la salud mundial. Tres años después, su inventor, el alemán Paul Muller, recibió el premio Nobel de medicina.⁴⁰⁶ 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 se convirtió en la llave que modificó las estrategias de combate contra los insectos portadores de enfermedades como la malaria. El desarrollo del DDT, que podía matar o controlar los insectos de una forma barata y relativamente fácil tecnológicamente, fue reconocido como uno de los mayores triunfos de la Segunda Guerra Mundial.⁴⁰⁷

El médico mexicano Cervantes González consideró al DDT y al Dieldrín 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.⁴⁰⁸ De hecho, durante los años de guerra, al paludismo se le llamó “la enfermedad de la Segunda Guerra Mundial.”⁴⁰⁹

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 cuál sería su política para combatir al paludismo en el nivel mundial.⁴¹⁰ 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

⁴⁰⁶ Para más datos de los resultados de la investigación de Muller véase, STAPLETON, 2005.

⁴⁰⁷ *Ibidem*, p. 514.

⁴⁰⁸ CERVANTES GONZÁLEZ, 1979, p. 39

⁴⁰⁹ *Loc cit.*

⁴¹⁰ 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. LASSO ECHEVERRÍA, 2001, p. 94

científicas”; es decir, el análisis de insecticidas y el rociado con DDT de casas habitación y cultivos.⁴¹¹

Para el caso mexicano, recordemos que la Oficina de Especialización Sanitaria de la Secretaría de Salubridad 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 un 99% a los *anopheles* adultos.⁴¹² 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 uno de éstos se rociaban las casas con DDT en suspensiones al 5% y se impartía un curso especial para adiestrar al personal rociador.⁴¹³

La disminución de 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 en el nivel 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

⁴¹¹ “Malaria policy of WHO” en: *Bulletin of World Health Organization*, No. 2, 1948, p.216. Entre los médicos asistentes a la segunda sesión del comité de expertos malariólogos celebrada en la ciudad de Washington DC en mayo de 1948 asistió el mexicano Luis Vargas del laboratorio de Entomología de la Secretaría de Salud.

⁴¹² Entre 1945 y 1951 más de cien mil 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, Op, cit, pp. 84-87.

⁴¹³ Caja 64 del Fondo Fred L. Soper, en *National Library of Medicine*. El fólter está rotulado Malaria Survey: use of DDT (MISC: A-M). La carta está fechada el 25 de noviembre de 1948.

lengua española le asigna al término erradicar, “arrancar de raíz” la enfermedad.⁴¹⁴ Marcos Cueto reconoce al ya mencionado Fred L. Soper como al “arquitecto del concepto erradicación”.⁴¹⁵

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.⁴¹⁶ 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 (OMS), afirmaba que el objetivo de la Organización que presidía era erradicar la malaria en el nivel mundial.⁴¹⁷ Veamos cómo fue el caso mexicano.

2. Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo.

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. Ejerciendo su derecho de país miembro, México resolvió intervenir activamente en la campaña al elaborar un proyecto concreto para la erradicación de la

⁴¹⁴ Diccionario Larousse de la Lengua Española, Edición esencial, p. 265

⁴¹⁵ CUETO, 2007b, p. 109.

⁴¹⁶ “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, 2007 a, p. 98.

⁴¹⁷ Propuesta del Director General de la OMS, 20 junio 1955. Caja 55, Fondo Fred L Soper, National Librarie of Medicine.

enfermedad. Para poner en marcha la campaña se estableció un plan tripartito del que participaron económicamente la Secretaría de Salubridad, la UNICEF y el Buró Sanitario Panamericano (antecedente de la Organización Panamericana de la Salud).⁴¹⁸ 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.⁴¹⁹ El presidente Ruiz Cortines reforzaba 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 cuya adecuada aplicación hace posible anular la transmisión del paludismo y lograr así extirparlo totalmente.⁴²⁰

De acuerdo con datos que ofrecen Anne Emanuelle Birn y Héctor Gómez Dantes, en 1950 el paludismo era la primera causa de muerte en Chiapas y Oaxaca, el segundo en Guerrero y Veracruz y el tercero, en Puebla. En los estados norteños de Tamaulipas y Nuevo León era el séptimo. 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

⁴¹⁸ 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, 1 millón. *Ibidem*, p. 86. Para una historia detallada de la *Organización Panamericana de la Salud*, véase CUETO, 2004.

⁴¹⁹ BIRN, DANTES, 2000, p. 75.

⁴²⁰ “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 en el AHSS, SA, SP, caja 51, exp. 1.

quinto.⁴²¹ Por estas cifras, ambos autores coinciden al afirmar que cuando inició la Campaña Nacional de Erradicación, el paludismo no era la principal causa de muerte en México. Lo mismo opina Margaret Humphreys para el caso estadounidense, en el cual la enfermedad estaba desapareciendo cuando se pusieron en marcha campañas e inversiones millonarias para controlarla.⁴²²

Para el caso mexicano la coincidencia en estas afirmaciones propicia el siguiente interrogante, ¿porque 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 Secretaría de Salubridad y Asistencia 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 por tanto difícil fijar el valor para las obras ya que éstas variaban de acuerdo con los requerimientos de cada país y región. En cambio, con el rociado de DDT en el interior de las habitaciones, los costos se podían calcular casi con exactitud en función de la unidad de superficie tratada.⁴²³ 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 el equipo se adquirían al tipo de \$4.85 x dólar. Ahora el tipo esta alrededor de 6.85 o sea que hoy cuesta cada casa alrededor de \$16.00.

⁴²¹ DANTES- BIRN, 2000, p. 70

⁴²² HUMPHREYS, 1996, p.2. y HUMPHREYS, 2001.

⁴²³ *Memoria de la SSA 1947-1950*, p. 134.

En 1960 el trabajo de la CNEP estaba muy avanzado y las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 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 6 millones de pruebas de sangre y distribuyeron 11.2 millones de pastillas. En un corto plazo, los resultados se miraban favorables.⁴²⁴ Sin embargo, Marcos Cueto sostiene que las autoridades sanitarias mexicanas sobrevaloraron 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 1956.⁴²⁵

Hasta aquí hemos visto características generales de la puesta en marcha de la campaña. Sin embargo, para los intereses de esta tesis, es necesario saber quiénes trabajaron con los hombres, mujeres y niños de las regiones en donde se implementó la campaña, porque de esta manera conoceremos a los otros dos integrantes del grupo de intermediarios sanitarios presentados en la Introducción. Para esta campaña en particular tenemos a dos personajes cuyos oficios se crearon ex – profeso: el *rociador* y el *notificante* –o auxiliar de evaluación-. Como veremos más adelante, ambos personajes fueron revestidos con un manto de salvadores de la población civil.

⁴²⁴ CUETO, 2007b, *Op Cit*, p. 97.

⁴²⁵ *Ibidem*, p. 24

3. Rociadores y Notificantes

En el entramado de personas activas 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 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*. Utilizando papel austero 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, en los cuales documentaron los pormenores de la campaña y la vida cotidiana de quienes participaban en ella. Por supuesto, los intermediarios sanitarios para esta campaña estuvieron siempre presentes.

Cada cabecera de las zonas palúdicas produjo su boletín. Sus títulos se asociaron generalmente con alguna región o modismo local; por ejemplo, la zona 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*.⁴²⁶ Un elemento que distinguía al boletín de una región del de otra, fueron sus ilustraciones de portada las cuales

⁴²⁶ 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.

otorgaron 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 (algunas portadas aparecen firmadas). La diferencia entre una portada y otra, se aprecia en los logotipos o viñetas de algún elemento típico de la región –animales, comida, vestimenta- en donde se publicaba el boletín.

La sección *editorial* era semejante en todos los boletines porque el tema central fue el desarrollo de la campaña. Así, encontramos reportes de las inspecciones domiciliarias realizadas por rociadores y notificantes, el registro del número de casas fumigadas y/o de enfermos detectados 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 nuestros actores 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.⁴²⁷

Durante la segunda fase de la campaña –la llamada de “erradicación”- el rociador, a quien en los años cuarentas 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 el 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

⁴²⁷ 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 x hora porque de lo contrario los rociadores debían ser jinetes profesionales capaces de controlar una 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”.

México”.⁴²⁸ El citado doctor Luis Vargas describió así sus jornadas, incluido el sueldo y horas de trabajo.

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.⁴²⁹

Durante su época de auge, los rociadores figuraron como los actores principales y se les representó, en cine, 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 analizaremos 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*.⁴³⁰

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” del *notificante* a quien, al decir de Marcos Cueto, también se llamó Auxiliar Honorario de Educación Higiénica (AHEH).⁴³¹ ¿Quiénes estaban aptos para ocupar ese cargo? ¿Qué requerimientos debía cumplir y sobre todo que cualidades personales tenía?

⁴²⁸ “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.

⁴²⁹ Carta de Luis Vargas a Fred L. Soper, *Op cit.*

⁴³⁰ Esta casi idílica representación del rociador, contrasta con otros testimonios elaborados por sanitaristas, 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 el AHSSA, Fondo CNEP.

⁴³¹ CUETO, 2005, p. 546.

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 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.⁴³²

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 (GAE) y/o en las visitas domiciliarias (casa por casa). En *spots* de radio se invitaba a que lo visitaran. Incluso *El Tarasco*, el boletín de la zona X de Morelia (Mich), dedicó su portada del mes 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 que al estilo de las representadas por Walt Disney: blanca, limpia y sonriente. 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 que ya forman parte de su vida cotidiana. El notificador trae consigo su estuche con el instrumental necesario para tomar muestras de sangre y se puede ver que

⁴³² *El Chamula*, septiembre 1960 en AHSSA, Fondo SSA, Sección Sub-A, caja 84, exp. 3 1960-1962 CNEP.

está haciendo una punción en el brazo del padre de familia. El dibujo está firmado con las siglas CESR.

Con respecto a la conducta que debían guardar en la comunidad donde trabajaron, se les ordenó que al llegar lo hicieran vistiendo su uniforme caqui. Acto seguido, que 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.⁴³³

Como hemos visto, 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 paradójicamente a la vez que se les endiosaba, se les dejaba fuera del presupuesto para el aumento salarial del 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 le ha excluido del beneficio otorgado por el señor presidente de la República para los servidores del pueblo.⁴³⁴

⁴³³ “Conducta del empleado CNEP al llegar a la localidad” en AHSSA, Fondo SSA, Sección Sub-A, caja 84, exp. 3, 781 fs. CNEP.

⁴³⁴ *El Chamula*, octubre 1960.

4. Educación higiénica para la campaña.

Cualquier programa de salud pública que carezca de proyección educativa, no es un programa de salud.⁴³⁵

¿De qué manera se informaba a la población de los trabajos de la CNEP?, ¿cómo la hacían partícipes de ésta?, ¿qué formas de propaganda e instrumentos de educación higiénica fueron propuestos y utilizados? Hasta aquí, no ha quedado duda de que las preguntas relativas a la implementación de los programas de educación higiénica planteadas a lo largo de la tesis guardan similitud. Sin embargo, una diferencia incuestionable está en los métodos adoptados para cada campaña, así como en los contenidos de la propaganda. Para la campaña que aquí nos ocupa tenemos que 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 un artículo titulado *El Programa de Educación Higiénica*, ofreció pormenores de la estrategia de educación que habrían de integrar a esta campaña y confirmó que su objetivo era lograr la activa participación de la población y de actores claves como médicos, maestros, sanitaristas, sacerdotes, periodistas.⁴³⁶ El plan de educación tuvo como base informar los pormenores de la campaña a través de las siguientes interrogantes que tomaban en cuenta al receptor de la propaganda: ¿a quién va dirigido, qué

⁴³⁵ BRAÑA BLANCO, 1960, p. 27

⁴³⁶ *Ibidem* p. 28

información necesita y cómo lo transmitimos?⁴³⁷ Además de los mencionados boletines regionales, también se imprimieron miles de carteles ilustrados que se colocaron en cuanta pared y barda había disponible. Generalmente estuvieron colmados de frases alusivas a la necesidad de forjar una *Patria* sana y trabajadora que estuviera liberada del paludismo. Con consignas como esta 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 supeditada a la información que la propia Comisión enviaba a estos medios.⁴³⁸ Mención aparte merece el apoyo que la CNEP encontró en el cine documental para hacer visibles sus actividades. De esto hablaremos en el siguiente apartado pero antes presentaremos un balance de la producción cinematográfica dedicada 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.⁴³⁹

5. Cine antipalúdico

El Departamento de Salud de Estados Unidos produjo en 1924 el cortometraje silente “*How the Mosquito spreads disease*” cuyo énfasis estuvo en mostrar los avances científicos del proceso evolutivo del mosco anopheles. En este corto predominan las tomas de microscopio acompañadas con explicaciones biológicas y científicas sobre el ciclo

⁴³⁷ *Ibidem.*

⁴³⁸ Marcos Cueto analiza el contenido de los carteles producidos para esta campaña y menciona con detalle los contenidos de los boletines mencionados. Véase, CUETO, 2007b, *Op. cit.*, pp. 100-111.

⁴³⁹ En la Sección *Motion Pictures* de la Biblioteca del Congreso (Washington, DC), 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.

reproductivo del insecto y la manera de evitar la enfermedad tomando quinina.⁴⁴⁰ 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 espectador por su crudeza, realismo y falta de atractivo estético. Pero sin duda, afirma esta autora, estos cortometrajes facilitaban a los médicos y sanitaristas la comprensión de los procesos biológicos de las enfermedades.⁴⁴¹

Otro ejemplo es la película silente titulada *Malaria* producida en 1925 por la Fundación Rockefeller.⁴⁴² Con base en la reconstrucción de fotogramas realizada por Marianne Fedunkiwe sabemos que el cortometraje se dividió en tres partes. La primera, muestra un mapa-mundi que señala el alcance geográfico de la enfermedad y los síntomas de la persona contagiada de paludismo. Sobre todo, pone énfasis en 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.⁴⁴³ *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, infundió en el espectador la esperanza

⁴⁴⁰ 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 Archive of Record 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 que las moscas como portadoras de enfermedades.

⁴⁴¹ CARTWRIGHT, 1994, p 5.

⁴⁴² 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, 2003. "The Rockefeller Foundation's 1925 *Malaria* Film".

⁴⁴³ Dragar aguas estancadas, limpiar maleza, entubar el agua y tapar 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.

de que un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento con quinina, pudiera salvarlo de la enfermedad. Hay que hacer notar que para este momento no se menciona la palabra “erradicación” ni se presenta a los insecticidas químicos como la solución anti-malaria.

Para la década de los veinte hemos 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, cumple su función didáctica y preventiva.

Para los años treinta identificamos un documental japonés que incluimos aquí por considerarlo una excepción debido al tratamiento estético, que a diferencia de los anteriores, dio a este mismo tema. Se trata del cortometraje *Mararia*⁴⁴⁴ en el que sus realizadores se esforzaron por desarrollar una escenografía diferente y utilizaron un libro que con cada cambio de página lo hacía de escena. Combatir cinematográficamente 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 que ambienta el filme 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 articuladas cuyos

⁴⁴⁴ Fuji Studio, Shochiku, b/n, 1938, 30 minutos. Una copia de *MARARIA* se encuentra en los *National Archive*, (NARA) en College Park. Washington.

movimientos pausados desaparecen cuando son picados por el anopheles. La inmovilidad representa entonces el contagio y la enfermedad. Por estas características estéticas, es que consideramos que este documental ofrece una atractiva propuesta cinematográfica.

Como veremos a continuación, la biología del insecto portador, los procesos de ingeniería sanitaria y el estelar de médicos y agentes sanitarios no desaparecen de la filmografía anti-malárica realizada durante los últimos años de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), el inicio de la Guerra Fría (1947) y el de la Campaña Mundial de Erradicación (1955). Lo que es importante destacar es que estos temas sí pasan a un segundo plano porque los cortometrajes elaborados durante los últimos años de la Segunda Guerra Mundial y los años sesenta, en que 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.

5.1 El cine de la erradicación

La ya citada Marianne Fedunkiw sostiene que entre 1942 y 1960 los filmes aumentaron y sin perder su función educativa, transformaron su discurso pedagógico adoptando 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 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, se dejaron en segundo plano las prácticas antilarvarias para enfatizar que 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 dado por las campañas sanitarias, reconoce que el estudio de la asociación guerra - epidemias, se ha enfocado más al análisis de la relación causa-efecto entre ambos fenómenos sociales, que en el léxico inherente a ambos.⁴⁴⁵ Por su parte, Marcos Cueto asocia el contexto de la Guerra Fría con la postura que tomaron 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 a 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.⁴⁴⁶ Si bien en los carteles de propaganda producidos para la campaña mexicana aparece este recurso

⁴⁴⁵ 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” etc. 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, 2007.

⁴⁴⁶ CUETO, 2007, *Op. Cit.*, p. 17.

alusivo a la guerra, en los documentales que analizaremos más adelante encontramos a los principales portavoces de este discurso.

Con respecto a la feminización del mosco transmisor nos encontramos con la aparición en escena de la *mosquita anopheles* a quien se compara en algunos documentales con el “enemigo público no. 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”.⁴⁴⁷ Con esta advertencia introductoria la siguiente recomendación para los soldados es que deben aprender a defenderse de “ella” para después enfrentar valientemente a los enemigos. Ambos elementos mencionados también quedaron plasmados en el cortometraje de Walt Disney visto en el capítulo anterior. Recordemos que en *The Winged Scourge* aparecieron los siete enanitos de Blanca Nieves como el ejército salvador que descalificaba constantemente a la mosquita anopheles y estaba dispuesto a acabar con ella. Esta desafortunada caracterización de la hembra como portadora de enfermedades también nos recuerda la trama de *Listos para Vencer* -comentada en el capítulo tercero- en donde los soldados reclutados en la Primera Guerra Mundial eran víctimas de las prostitutas que los contagiaban de sífilis y los imposibilitaban para luchar en la guerra.

⁴⁴⁷“Mírala... y riéte! Esta es tú enemiga, no lo olvides!” “Ellas 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, 16mm. Una copia se encuentra en los *National Archive* (NARA). Por su parte, Marianne Fedunikiw ofrece la reseña del cortometraje británico titulado *Borne on two wings* (1945) cuya historia se desarrolla en “Mangolandia” en donde vive la mosquita Noffie the Skita cuya hija Anophelina “a beautifull blond herself” se dedica a contagiar la malaria. Véase FEDUNKIW, 2003. *Op Cit*, p. 1049.

La tercera característica que me interesa destacar es la manera como representaron en pantalla la negligencia de las personas. En el citado *Official Training* el entrenamiento de los soldados estadounidenses se realizó en alguna isla del Pacífico sur. Sus cursos de educación higiénica y sanitaria abundaban en la presentación de casos de soldados irresponsables que no acataron al pie de la letra las recomendaciones de sus superiores. Por ejemplo, hay una escena en la que un soldado piloteando un avión pierde completamente el control de la nave y se estrella en un peñasco y contra unas ramas; 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 aun herido y maltrecho, camina hacia el campamento y para quitar peso a su mochila tira al suelo sus medicamentos y ungüentos necesarios para repeler al mosquito. A esta acción le llaman negligencia o *danger of laxity*. Su consecuencia: la muerte.⁴⁴⁸

En el mismo tenor se encuentra el cortometraje en dibujos animados titulado *Private Snafu versus Malaria Mike*⁴⁴⁹ en el que protagonista Snafu, un soldado irreverente que hace caso omiso de las recomendaciones preventivas que le dan en el campamento, se salva sólo momentáneamente del piquete de *Malaria Mike*, aquí sí representado por un mosco, y no una mosquita, 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

⁴⁴⁸ *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.

⁴⁴⁹ *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, DC).

riqueza visual ayuda a exagerar las negativas consecuencias de la malaria, es cuando en un nuevo intento del mosco 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 lamentándose 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 los dos cortometrajes citados muestran a los soldados como los individuos a educar, 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.⁴⁵⁰ En este sentido, al imponerse en pantalla una figura fuerte pero tan efímera 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, advirtiendo 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 período es que se comenzó a difundir el concepto “erradicación”, integrando a la población en 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

⁴⁵⁰ 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 a 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 cuarentas, 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 sanitaristas. 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.

vendido como el más “benévolo y efectivo” para aniquilar al mosquito anopheles. A partir de 1950, varios cortometrajes se centraron en documentar las experiencias individuales de países que llevaron a cabo campañas antipalúdicas basadas en el uso de este químico. Quizá el filme pionero en mostrar el trabajo de las campañas es el llamado *Adventure in Sardinia* que data de 1950 y que se realizó en la isla italiana de Sardinia, con el apoyo de la Fundación Rockefeller instalada allí desde 1946.⁴⁵¹ En este cortometraje vemos cómo opera la campaña desde el momento en que los médicos y sanitaristas asignados llegaron a la isla y realizaron el reconocimiento de la zona y de 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. Como veremos a continuación, 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 los sesenta.

⁴⁵¹ *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 *National Archive* (NARA).

6. Una muestra de cine mexicano.

Antes de la realización de los tres documentales centrales de este capítulo encontramos en *María Candelaria*, de la época del cine de oro mexicano, ambientada en el Xochimilco de 1909, un antecedente de la representación del paludismo, sus consecuencias y formas de combatirlo.⁴⁵² En esta película el drama de los protagonistas es inevitable: los temas de la enfermedad y su combate forman parte del argumento y tocan dos aspectos que es pertinente señalar. Primero, se muestra que existía entre la población de Xochimilco el conocimiento del efecto curativo de la quinina, que los agentes sanitarios les distribuían puntualmente; es decir, hablamos de la representación de instituciones gubernamentales responsables y de una población ya instruida en las formas de prevención.⁴⁵³ Segundo, el desarrollo de la historia de *María Candelaria* confronta al honorable médico de formación científica con la curandera del pueblo. Afortunadamente para la protagonista enferma, ambos personajes logran ponerse de acuerdo: primero la curandera le hace una *limpia* con sus hierbas medicinales y después el médico le da su pastilla de quinina.⁴⁵⁴ Por estos dos motivos podemos incluir esta película en el conjunto de filmes que fomentaron la medicación con quinina y exaltaron el trabajo de los sanitaristas y el médico. Con melodrama incluido, esta película se integra a ese primer grupo de filmes propuesto por Marianne Fedunkiw, y por supuesto nos sirve como un antecedente de los documentales que aquí interesan.

⁴⁵² *María Candelaria* (1944), Dirigida por Emilio *el Indio* Fernández con fotografía de Gabriel Figueroa. Estelarizada por Dolores del Río y Pedro Armendáriz.

⁴⁵³ 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 comerciante del pueblo que llama a los indígenas a que formen una fila para que les dé su pastilla.

⁴⁵⁴ Esta escena muestra que era posible integrar ambas prácticas, la tradicional con la científica. Existen testimonios de médicos que se quejaron más de sus colegas por abusivos que de las prácticas de las curanderas.

Al igual que las temáticas desarrolladas en el grupo que hemos llamado de la *erradicación*, la filmografía mexicana promovida por la Secretaría de Salud a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, se enfocó a mostrar al público el desempeño de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo. Como veremos más adelante, es innegable que los cortometrajes *Guerra al Paludismo*, *Cruzada Heroica* y *Erradicación del Paludismo en México*, cuyos dos primeros títulos ya llevan una connotación bélica y triunfalista, fueron un instrumento de propaganda claramente oficial y nacionalista.

Estos documentales exponen dos sentimientos que al decir de Fábregat Cúneo son elementos incondicionales de la propaganda: el temor y la esperanza.⁴⁵⁵ 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.

a. Walter Reuter y su aporte filmográfico al 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 asentada en la ciudad y después como colaborador de periódicos y revistas. Su labor como foto-reportero la desempeñó en las revistas *Hoy*, *Nosotros* y *Siempre*.⁴⁵⁶ El trabajo fotográfico de Reuter encontró en los grupos indígenas mexicanos su principal inspiración. Las series fotográficas sobre los triquis, lacandones, tarahumaras y mixes, constituyen un importante corpus de imágenes para la historia indígena mexicana del siglo XX. También

⁴⁵⁵ FÁBREGAT CÚNEO, 1961, pp. 184-185.

⁴⁵⁶ El Centro de la Imagen editó el disco compacto que reúne las fotografías de Walter Reuter publicadas en estas revistas.

colaboró con la Comisión Federal de Electricidad y fotografió parte de los trabajos de electrificación del estado de Oaxaca.⁴⁵⁷

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 titulado *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 del documental titulado *La Brecha* (1952).⁴⁵⁸ Al decir del propio Reuter, le preocupaba la gran 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.⁴⁵⁹ En *La Brecha* se presentan las condiciones de vida y salud de una comunidad indígena asentada en la sierra de Oaxaca donde, a falta de médicos, las prácticas de los curanderos eran la única forma de atención para la población. El personaje central es un niño llamado Juan quien enferma de paludismo y al que las *limpias* utilizadas por los curanderos no sanarán. Lo que se necesita es la atención de

⁴⁵⁷ Walter Reuter falleció el 21 de marzo del 2005 en la ciudad de 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.

⁴⁵⁸ 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.

⁴⁵⁹ 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” en *Nosotros*, no. 78, 22 diciembre 1954, pp. 28-33. Desafortunadamente no ha sido posible localizar ejemplares de la revista *Cuadernos Médicos*.

médicos profesionistas de los cuales carece la comunidad; por eso, una vez que el médico aparece en escena, se muestra al espectador cuáles eran las dificultades que enfrentaba para llegar a asistir a los enfermos de las poblaciones más alejadas de la ciudad de México. La falta de caminos y de transporte hacía más difícil su traslado, por eso el médico que vemos en pantalla avanza lentamente montando en su caballo y cargando su botiquín de madera en la que resalta la palabra QUININA. Cuando finalmente éste 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 y que destacamos de la versión dramatizada de *María Candelaria*: la negociación entre el médico y la curandera; es decir, el choque cultural producido por las tradiciones indígenas fuertemente arraigadas en las comunidades campesinas, con respecto a 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 *situación intercultural* en la que los programas de salud debían tomar en consideración los factores sociales y culturales –y no sólo los médico-sanitarios- para lograr su eficiencia cuando eran implementados en grupos de población de cultura heterogénea.⁴⁶⁰

Como vimos anteriormente con *El Sembrador* y *El Maestro Rural*, y más coloridamente con los cortometrajes de Walt Disney, las tradiciones campesinas eran vistas como supersticiones que dañaban la integridad de los individuos y esto era lo que se debía

⁴⁶⁰ Véase AGUIRRE BELTRÁN, 1980, *Op cit*, pp. 7-26

desarraigar, demostrando su peligro. En contraparte, había que enseñarles cuáles eran las ventajas de la higiene y de la medicina científica para prevenir y curar las enfermedades, y como hemos confirmado, el énfasis de la propaganda higiénica para los campesinos puso el acento en este aspecto.

La Brecha también pone de manifiesto la movilización de médicos hacia las comunidades indígenas y campesinas que fue promovida con mayor atención a partir de 1936 con la implementación del servicio social de seis meses para que los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México 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 para que salieran 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.⁴⁶¹

Este documental critica los insuficientes y precarios servicios de salud que ofrecían las instituciones sanitarias, 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 salir al interior del país, así como la proliferación de una industria farmacéutica que ofrecía trabajo a los recién

⁴⁶¹ REUTER, “Carta a Pepe”, *Op cit*, p. 29.

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.

Walter Reuter no dirigió *La Brecha* pero su participación en este documental 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*.⁴⁶² Sin embargo, del fotógrafo de *La Brecha* al director de *Guerra al Paludismo* encontramos una enorme brecha. En la primera, tenemos a un Reuter crítico que denuncia los precarios servicios de salud en las comunidades indígenas y, además, preocupado por la situación laboral de los médicos recién egresados de la universidad a quienes conminó a ir al campo. Pero como veremos a continuación, en la segunda tenemos a un director que con su documental elogió los trabajos del Estado en materia de salubridad y combate al paludismo.

b. 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 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

⁴⁶² Con el trabajo de catalogación que realicé en la Filmoteca de la UNAM pude identificar este documental en el que Reuter participó como fotógrafo. *Redes Blancas* trata sobre el combate a la tuberculosis y se desarrolla en una comunidad de pescadores del estado de Guerrero. El director fue Fernando Hernández Bravo. Guión: Alejandro Verbisky 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. (1959). Hecha en México por Ultrascopes.

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.⁴⁶³

Los acontecimientos suceden en el México moderno al que aspiraban los gobiernos posrevolucionarios. Éste cobra vida a través de las imágenes que nos presentan los avances científicos para combatir al 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 inspectores rociadores, ataviados con la indumentaria adecuada para realizar trabajos de fumigación (overol color caqui plastificado, botas, guantes y una mascarilla que les cubre el rostro). En lugar del rifle portan los aspersores de los tanques mochila cargados con DDT, simbolizando así el inicio de la Campaña Nacional de Erradicación.

El antes y después del inicio de la campaña se hacen evidentes con la secuencia de imágenes que recrean en primer lugar el entorno social de los personajes más vulnerables al contagio. Recordemos que el paludismo ha sido definido como una enfermedad rural, por lo tanto, hombres y niños del campo son los primeros afectados⁴⁶⁴ y por eso se muestran los efectos mortales de la enfermedad en escenas dramáticas en las que un campesino palúdico, arando la tierra, se desploma y cae muerto como consecuencia de la enfermedad.

⁴⁶³ Fragmento de la narración del documental.

⁴⁶⁴ José Ángel Cenicerros 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.

Una vez identificados los personajes con mayores posibilidades de contraer la enfermedad, el director nos muestra cuáles eran 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 a enfrentar; después, el desconocimiento de los campesinos frente a los recursos médicos existentes 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 les explicara a los campesinos la importancia de numerar 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”.⁴⁶⁵ Pero en otras, y así lo representa Reuter, su llegada a las comunidades era un acontecimiento festivo porque llegaban a salvar la vida de los enfermos con tan solo 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!.⁴⁶⁶

Hasta aquí el documental ha representado cuál era la situación social y económica de quienes padecían la enfermedad, cuáles las medidas empleadas por los médicos y agentes sanitarios para combatirla. Podemos considerarlo como un marco introductorio a

⁴⁶⁵ “Síntesis del trabajo realizado durante 1956-1959 en la región del Cañón de Juchipila (Zacatecas)” en AHSS, Fondo SSA, Secretaría Particular, caja 51, exp. 1, s/f. Este caso del médico Villalobos y las manifestaciones de resistencia en contra de esta campaña los veremos con mayor detalle en el siguiente capítulo.

⁴⁶⁶ Fragmento de la Narración.

las acciones que habría de emprender la Campaña Nacional de Erradicación. Así, la segunda parte del documental está dedicado a mostrar los trabajos realizados por ésta. Representa 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 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 a las regiones palúdicas del país. En 1956 se contabilizaron 2, 312 rociadores organizados en 539 brigadas, se prepararon 633 vehículos (jeeps, camionetas, aviones, botes) y 2000 caballos y mulas.⁴⁶⁷ Otro aspecto visible es la manera en que los equipos de 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.

Ahora bien, a parte de esta serie de imágenes que muestran la manera en que operó la campaña ¿de qué otros elementos de propaganda se valió ésta para hacer del conocimiento público su puesta en marcha? y ¿de qué manera se muestra la recepción de esta campaña 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 y 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 al desarrollo social y económico del país. Con el uso de dibujos que

⁴⁶⁷ CUETO, 2007, *Op cit*, p. 94.

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)⁴⁶⁸

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 Secretaría de Salud con los faros encendidos 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 noche con faroles potentes los caminos que conducen al bienestar, ¡sabe que el triunfo es esfuerzo y el esfuerzo es Patria!⁴⁶⁹

Empleando el léxico de la propia campaña, este documental se quedó en la segunda fase. Los autos con los faros encendidos seguirán el camino hasta alcanzar la erradicación.

⁴⁶⁸ Fragmento de la narración.

⁴⁶⁹ Fragmento de la narración.

c. De *Guerra al Paludismo* a *Cruzada Heroica*... ¿que cambió?

Analizar el contenido de *Cruzada Heroica* sugiere un reto metodológico: evitar las repeticiones porque el objetivo central, al igual que *Guerra al Paludismo*, engrandece la Campaña Nacional de Erradicación, a sus organizadores y a los actores de enlace con la población: los rociadores y los notificantes. La relación entre ambos cortometrajes nos confirma que las posibilidades para representar cinematográficamente el combate al paludismo en México 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 nos 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, podemos destacar algunos puntos tratados en *Cruzada Heroica* a los que Walter Reuter restó atención: 1) la afectación al trabajo y la vida cotidiana de las personas 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 de la enfermedad en el nivel nacional 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”.⁴⁷⁰ Los afectados cierran sus casas y se llevan consigo sus contadas pertenencias, el rostro de la maestra de escuela denota tristeza porque el nivel de asistencia de los niños ha bajado notablemente. El pueblo se empieza a quedar solo y sus habitantes, escapando a la enfermedad, salen en busca de mejor suerte. El gobierno de Adolfo Ruiz Cortines y las autoridades sanitarias del momento aparecen representadas como previsoras puesto que se explica 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 23.859.⁴⁷¹ Estos registros fueron suficientes para justificar la necesidad de la campaña y su puesta en marcha, por eso el resto del cortometraje muestra las diferentes etapas de la misma.

Quizá con más detalle que el mostrado por Reuter, en *Cruzada Heroica* el espectador se encuentra súbitamente en el interior del auditorio en donde se llevó a cabo la 8ª Asamblea de Salud y puede ver –aunque no escuchar- a los representantes de las instituciones sanitarias internacionales 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

⁴⁷⁰ Fragmento de la narración.

⁴⁷¹ Estadísticas que aparecen en el documental y que fueron tomados de los datos que ofrecían la Secretaría de Salubridad y asistencia y la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo.

las enfermeras analizan muestras de sangre y, aun más colorido, al taller de dibujo en donde los diseñadores de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública colorean a mano los carteles de propaganda para la campaña. Allí vemos en proceso de elaboración los *posters* que Reuter nos mostró pegados en paredes y calles.

Como ya mencioné, 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 su entrada y pedirle 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.

El resto del cortometraje muestra, al igual que el de Reuter, la titánica labor del Estado, representado por rociadores y notificadores, para combatir a la enfermedad. A diferencia de *Guerra al Paludismo*, que deja en suspenso los resultados de la campaña, en este documental sí los podemos ver porque aquellos campesinos que al inicio abandonaron sus pueblos, vuelven a sus casas y a trabajar sus tierras. Las zonas antes palúdicas volvieron a ser sitios habitables y vemos a “miles de brazos morenos” protegidos por la campaña, que al volver a sus casas cambian la fisonomía del paisaje y regresan a su trabajo para producir nuevamente para su país. Retomando los elementos de la propaganda propuestos por Fábregat 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.

d. De *Cruzada Heroica* y su continuación

A *Cruzada Heroica* le siguió *Erradicación del paludismo en México* (c.a 1960) que fue realizada por el Centro Audiovisual del Departamento de Educación Higiénica. Tiene una duración de treinta minutos y a diferencia de los dos documentales ya comentados, este es un recuento más detallado y esquemático de la organización y puesta en marcha de la primera y segunda fase de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo.⁴⁷² A diferencia de los anteriores, su propuesta es más didáctica y visualmente tenemos largas escenas dedicadas a recrear la manera como el rociador fumigaba las paredes, mientras la voz en *off* explica al espectador pormenores como la distancia que éste debía mantener entre la boca del aspersor y la pared que estaba rociando, cuántas pasadas de DDT debía dar, etc. También se utilizaron dibujos animados para detallar la manera como el mosquito picaba a las personas contagiándoles la enfermedad. Otra diferencia con los anteriores documentales es que en este dedicaron más tiempo 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.

⁴⁷² Una copia de este documental se encuentra en la Filmoteca de la UNAM.

Para completar la trilogía cinematográfica que la Secretaría de Salubridad 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 de la fase de ataque, sus resultados y los principales acontecimientos de la fase de consolidación. El doctor Alberto Monnier Millote fue quien aprobó el guión y para junio del año siguiente ya se giraban instrucciones para que se fotografiaran las escenas de operación en campo.⁴⁷³ No tenemos la 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 porque fueron solicitadas a la Secretaría de Salubridad por los gobiernos de Guatemala y El Salvador.⁴⁷⁴ 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 en el nivel nacional y en el extranjero los alcances que tenía la campaña. Esta trilogía se convirtió en el principal agente propagandístico del Estado.

⁴⁷³ Véase expediente que incluye copia del guión en AHSSA. Fondo SSA, Sección: CNEP, caja 9, exp. 1. 1962-1978, 315 fs.

⁴⁷⁴ La demanda de copias llevó a que se hicieran presupuestos y se determinara que las copias había que mandarlas hacer a EUA porque en México no se podían hacer buenas copias a color que era el caso de *Cruzada Heroica*.

Consideraciones Finales.

Como vimos a lo largo de este capítulo, el desarrollo de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo de 1957 tuvo una cobertura propagandística propia de su época. Los medios masivos de comunicación y particularmente el uso del cine, potenciaron su difusión. Los documentales que produjo la Secretaría de Salubridad y Asistencia no buscaron explicar los cuidados necesarios para prevenir el paludismo. Lo que les 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 esta campaña. Organizar las brigadas y movilizarlas por todo el país, proveer de DDT a las 14 zonas palúdicas, reclutar personal suficiente, entre otras cosas, ameritaron ser filmadas para garantizar que los mexicanos de otras generaciones pudieran conocer tan espectacular movilización.

Así, el objetivo de la trilogía cinematográfica palúdica tuvo un objetivo clarísimo: enaltecer la labor del Estado y su participación en materia de salud pública para el beneficio de la población. El combate al paludismo con miras a su erradicación, sirvió de pretexto para enfatizar lo anterior. 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 a la Patria, del “mal que la acecha”. Por lo tanto, cumple con una de las expectativas que las autoridades sanitarias esperaban de la propaganda: informar de sus campañas y hacer partícipe de éstas a la población para convencerlos de los benéficos servicios que ponían a su disposición. Se esperaba que con esta cobertura los efectos en 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 el nivel de distribución de estos cortometrajes ni cuántos mexicanos los vieron. Esta investigación la cerramos en el año 1960, que correspondió a la segunda fase de la campaña. En este sentido, la eficiencia o no 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? Sus respuestas requerirán de una investigación posterior que permita concluir el guión final.

Conclusiones.

En esta tesis mostramos que 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 Álvaro Obregón 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. En consecuencia con esta relación, el Estado jugó un papel de gran importancia como diseñador y operador de las campañas pero también como actor que fue adquiriendo gradualmente un matiz cada vez más claro que lo llevó hacia los años cincuenta, a representar el papel protagónico. Estas campañas tuvieron una impronta: la propaganda difundida de manera oral, visual y audiovisual que requirió de herramientas específicas como las conferencias, programas radiofónicos, carteles, folletos, exposiciones y cine para hacerse explícita entre la población y reforzar los programas de educación higiénica. La misión de la educación higiénica era 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 a niños, jóvenes y adultos, a evitar enfermedades y a ser limpios y sanos. La tarea de la propaganda sanitaria, fue traducir esos conceptos 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 la propaganda.

Pero, ¿quiénes fueron los autores intelectuales de los programas educativos? y ¿quiénes los creadores artísticos de la propaganda? En el primer grupo identificamos a los médicos como los autores intelectuales de artículos, panfletos y cursos por

correspondencia, como los elaborados para los maestros rurales con mensajes sobre la enfermedad a prevenir y/o curar y consejos sanitarios. Los creadores artísticos fueron los dibujantes, locutores, museógrafos y cineastas que tradujeron los contenidos médicos en cápsulas radiofónicas y los reprodujeron en coloridos carteles o folletos. Finalmente, hubo quienes elaboraron guiones museográficos y cinematográficos. Estos últimos articularon historias, con dibujos animados o personajes de carne y hueso, con los cuales pudiera identificarse el espectador. Todos estos colaboradores trabajaron juntos para dar forma, voz y movimiento a cientos de personajes limpios, sucios, sanos y enfermos que dialogaron entre sí buscando transmitir múltiples mensajes a los espectadores.

Pero, analizar los programas de educación higiénica y hacer inteligible los contenidos -implícitos y explícitos- de la propaganda sanitaria, requirió no sólo de que conociéramos a sus autores y creadores artísticos. Fue indispensable ampliar nuestro contexto social, cultural y sanitario a través del conocimiento del *modus operandi* de las campañas que incentivaron ambas estrategias. En esta investigación, dimos prioridad a cuatro campañas: contra las enfermedades venéreas (1927), contra el alcoholismo (1929), *Salud para la Américas* (1943) y erradicación del paludismo (1957), caracterizadas todas por su prolífica producción propagandística y particularmente, por el uso del cine como un gran instrumento pedagógico. Con excepción de la antialcohólica, afortunadamente pudimos reconstruir la cartelera cinematográfica de las demás y localizar copias de las películas que se proyectaron mientras la campaña se llevaba a cabo. Este hallazgo filmográfico definió la línea de investigación de esta tesis y nos puso en el camino del estudio del cine y su valor como fuente para la historia. En este caso, es pertinente la siguiente acotación: nos referimos al cine sanitario como fuente para la historia de la salud pública en México. Las historias proyectadas en pantalla pudieron ser tomadas de casos de

enfermos, de los testimonios de médicos, sanitaristas y maestros o bien, inventadas. De una u otra manera, nos ofrecieron la posibilidad de identificar los elementos que eran necesarios para persuadir, convencer, asustar, estereotipar y acusar a todo aquel individuo sucio, indeciso, ignorante, negligente y culpable de contagiar la enfermedad, cualquiera que ésta 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 éstos, condicionaba su reacción.

Vimos a lo largo de la tesis que una de las características de la propaganda sanitaria, independientemente del formato, radicó en enfatizar los contrastes y en jugar con las emociones de los receptores. Esto lo logró de diferentes maneras. Una de ellas fue diferenciar a los individuos limpios de los sucios, a los flojos de los trabajadores, a los borrachos de los sobrios, y a los alegres de los tristes, haciendo evidente que eran, a fin de cuentas, individuos enfermos o sanos. Los individuos sucios, flojos, tristes y generalmente borrachos, solían ser los enfermos. Quienes eran limpios, alegres, trabajadores y sobrios estaban sanos. La mejor caracterización que encontramos fue la realizada por Walt Disney en su cortometraje *Cleanliness brings Health* (1945). Otra forma de enfatizar los contrastes la encontramos en los diferentes escenarios en donde se desarrollaron las películas. Pudimos identificar escenas que sucedieron en espacios interiores y la representación de casos de enfermos de sífilis, quedó circunscrita a espacios cerrados como cabarets, salones de baile y hospitales. Recordemos a los protagonistas de *Al final del camino* que visitaron el pabellón de sifilíticas de algún hospital estadounidense o el drama de *Reconquista* con la

visita de Juan al *Salón Tropicana* y después al cabaret en donde contrajo la sífilis. En la relación existente entre el personaje y su entorno, al realizar esta investigación, también encontramos similitud entre el cine mexicano de los años cuarenta, mejor llamado cine de la *época de oro*, y el cine sanitario de la misma época. En el *de oro*, la habilidad de sus directores y fotógrafos para crear mundos fantásticos, hicieron de los escenarios rurales mexicanos y de sus campesinos, un mundo enfermo y sucio pero redimible. Por su parte, el cine sanitario también se inspiró en los campesinos, solo 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 películas que circuló en México –y en América Latina- con la campaña *Salud para las Américas* y los cortometrajes de Walt Disney, Herbert Knapp y Jack Chertok. En sus *filmes* salta a la vista que lo prioritario fue que el espectador en general y los campesinos en particular, reconocieran en pantalla 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 sanitario de los años cuarenta también construyó un mundo rural enfermo pero redimible.

Recapitular sobre la propaganda y la filmografía producida, entre los años treinta y cuarenta, nos permitió identificar dos aspectos. El primero, hace evidente que las recomendaciones para evitar la enfermedad - vacunarse, tomar medicina, asistir al médico- así como los hábitos higiénicos -construir letrinas, y/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 solo poner en práctica los

consejos que recibieron de la propaganda. 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 la fuerte influencia del cine estadounidense en México en el período estudiado. Las películas analizadas hacen evidente que sus guiones buscaron influir en la conducta y el imaginario colectivo de la población. Sin embargo, en el caso de *Al final del Camino* el contexto social y sanitario que mostraron, representativo de la cotidianidad rural y urbana estadounidense de principios del siglo XX, no fue del todo compatible con el mexicano. Pero, también encontramos semejanzas que son evidentes en la forma como *El Sembrador*, *El Maestro Rural* y las películas de la *Oficina de Asuntos Interamericanos* (OIAA) representaron las características físicas, la forma de vida de los campesinos y la manera como calificaron sus prácticas culturales: anti-higiénicas y atrasadas. Las publicaciones de la SEP, son un antecedente de las películas de OIAA, tanto por la fecha de circulación como por su propuesta editorial en la que no encontramos 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 guarda una sutil tendencia a denigrar 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 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, encontramos escenarios con protagonistas diferentes. El ejemplo 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 este 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 *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 plantearnos historias de enfermos o mostrarnos cómo conservar limpia nuestra persona y nuestro 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 éste hiciera su trabajo. Esta representación de una población participativa y consciente de los beneficios de las campañas, habla más de una propaganda de auto elogio del Estado y las instituciones sanitarias para sí mismas, que de una con perfil educativo que mostrara al espectador qué hacer y que evitar en relación con su salud, pero sobre todo, que lo comprometiera consigo mismo.

Por último, es perentorio identificar a quienes hicieron posible que esta ambiciosa empresa sanitaria completada con propaganda multicolor y multitemática llegara a las comunidades. En esta tesis hemos 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 sirviera 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 y vigentes en diferentes campañas recorriendo el país casi en su totalidad. 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 de 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 de cómo se implementaron los programas de educación higiénica en las comunidades, cómo se distribuyó la propaganda e interpretaron sus mensajes, suponen un riesgo para la historia oficial que emana de las *Memorias* y *Boletines* del DSP porque en ocasiones la contradicen. Veamos por qué. Sus cartas e informes de trabajo estuvieron colmados de solicitudes de carteles, folletos y películas para trabajar, lo cual demuestra que los miles de tirajes reportados por la Sección de Educación Higiénica y Propaganda fueron insuficientes. 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. Vimos a lo largo de la tesis que también lo fue la falta de caminos y transporte para llegar a las comunidades, 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, trabajadores (a) sociales y enfermeras. Frente a este panorama que se mira adverso muchos de los intermediarios sanitarios no decayeron en su intento por seguir solicitando a las instancias correspondientes 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 con base en esos casos es que pudimos reconstruir parte de esta historia que sin duda deja abierto un interesante camino por seguir.

Archivos consultados

AHSSA	Archivo Histórico Secretaría de Salud. Diversos fondos y secciones
AHSEP -MC	Archivo Histórico Secretaría de Educación Pública, Fondo Misiones Culturales, Departamento de Psicopedagogía e Higiene.
BMLT –AE	Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada: Archivo Económico y Folletería.
INSP	Acervo Histórico del Instituto Nacional de Salud Pública
NARA	National Archives of Record Administration. College Park (Washington DC)
NLM	National Library of Medicine. Bethesda, Washington DC.

Filmotecas consultadas

AHSSA	Acervo Filmográfico del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.
FUNAM	Filmoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México
NLC	Sección <i>Motion Pictures</i> de la National Library of Congress. (Washington, DC).
NARA	Sección Audiovisual de los National Archives of Record Administration. College Park (Washington DC)
NLM	Acervo Filmográfico de la NLM.

Bibliografía citada

AGOSTONI, Claudia	
2001	“Salud Pública y control social en la ciudad de México a fines del siglo diecinueve”, en <i>Historia y Grafía</i> , no. 17, pp. 73-95.
2003	<i>Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910</i> . University of Calgary Press, University Press of Colorado, IIH, Universidad Nacional Autónoma de México.
2007a	“Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, en <i>Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México</i> , no. 33, enero-junio, pp. 89-120.
2007b	“Popular Health Education and propaganda in Times of Peace and War: Mexico City, 1890’s-1920’s”, <i>American Journal of Public Health</i> , vol. 96, no.1, p. 52-61.

- 2008 “Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927”. En: Agostoni, (editora). *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.
- 2008a “Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940”. En Claudia Agostoni, Elisa Speckman y Pilar Gonzalbo Aizpuru (dirección y coordinación), *El miedo y los miedos en la historia*. México, El Colegio de México - Instituto de Investigaciones Históricas, (en dictamen).
- ALBA, Pedro
1932 “El problema del paludismo en México”, en *Salubridad*, Vol. III, No. 1, pp. 31-45.
- ALMEIDA BELISÁRIO, Soraya
1995 “As múltiplas faces do médico-sanitarista”, En: Machado María Helena (coord), pp. 132-147.
- AGUILLON F, Gabriel
1929 “Una opinión sobre El Sembrador mural”, *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, número 3, juli, p. 98-99
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo
1980 *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.
1995 *Problemas de la población indígena de la cuenca del Tepalcatepec*, México, Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Fondo de Cultura Económica. Sección de Obras de Antropología. 2 volúmenes.
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José
1960 *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, 4 volúmenes, SSA, México.
1986 “Servicios Médicos Rurales Cooperativos en la Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México”, en HERNÁNDEZ LAMAS, pp. 93-108.
- AMORY WINSLOW, Charles Edward
1923 *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*, New Haven, Yale University Press.

- ANDRADE, Cayetano
1930 "La importancia de la propaganda higiénica" en *Boletín del Departamento de Salubridad*. No. 4, pp. 1113-1115
- ARÉCHIGA, Ernesto
2007 "Educación, Propaganda o "Dictadura Sanitaria". Estrategias Discursivas de Higiene y Salubridad Públicas en el México Posrevolucionario, 1917-1945. En *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, no. 33, enero-junio, pp. 57- 88.
- ARREGUÍN VELEZ, Enrique
1982 *Páginas Autobiográficas*, Morelia Michoacán. Biblioteca de Nicolaítas Notables, No. 11
- ARMUS, Diego (ed)
2003 *Disease in the History of Modern Latin America*, London, Duke University Press.

2007 *La Ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires, Edhasa.
- ARRECOECHEA, Juan Manuel
2003 "Paquete de sorpresas. Disney, México y Los Tres Caballeros" en *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México*, numero 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/pi.
- BENJAMIN, Thomas
2001 *La Revolución. Mexico's Great Revolution as Memory, Myth and History*, Austin, University of Texas Press.
- BENENSON, Abraham (ed)
1983 *El control de las enfermedades. Transmisiones en el hombre*, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS)
- BERMÚDEZ, Salvador
1935 "A cerca de la propaganda higiénica" en *Gaceta Médica* tomo LXVI, no. 5, pp. 371-380.
s/f Elementos de Higiene.

BIRN, Anne Emanuelle

- 1993 *Local Health and Foreign Wealth: The Rockefeller Foundations. Public Health Programs in Mexico 1924-1951.* Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University.
- 1995 “¿El pasado como presagio? México, la salud pública y la Fundación Rockefeller”. En: MERCADO MARTÍNEZ, pp. 135-155.
- 1996 “Las Unidades Sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México”, En: CUETO (ed), 1996, pp. 203-233.
- 2003 “Revolution, the Scatological Way. The Rockefellers Foundation. Hookworm campaign in 1920s Mexico”. En: ARMUS (ed), 2003, pp. 158-182
- 2006 *Marriage of convenience. Rockefeller international health and Revolutionary Mexico,* Rochester, Nueva York, University of Rochester Press.

BLISS, Katherine Elaine

- 1996 *Prostitution, Revolution and social reform in Mexico City, 1918-1940.* Tesis para obtener el grado de Doctora en Filosofía del Departamento de Historia de la Universidad de Chicago, Chicago, Illinois.

Bloque Nacional de Médicos Revolucionarios. *Convocatoria Primer Congreso Nacional de Higiene Rural,* México, s.p.i., 1935.

BOON, TIMOTHY

- 1999 “Health Educational films in Britain, 1919-1939: Production, Genres and Audiences”, pp. 45-56.

BOJÓRQUEZ, Djed

- 1938 *Crónica del Constituyente,* México, Botas.

BRANDT M, Allan

- 1985 *No Magic Bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880.* New York/ Oxford. Oxford University Press.

BRAÑA BLANCO, Segundo

- 1960 “El programa de Educación Higiénica” en *Salud Pública.*

BURTON CARVAJAL, Julianne.

- 1994 “Surprise Package”, Looking Southward with Disney”. En: ERIC SMOODIN (ed), 1994, 131-147-

- BUSTAMANTE, Miguel.
- 1933 "Sanidad Federal en los estados" *Salubridad*, nos. 1 -4
- 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.
- 1986 *Cinco personajes de la salud en México*, México, Porrúa.
- CAMARENA Ocampo y Lourdes Villafuerte (coord.)
- 2001 *Los andamios del historiador. Construcción y Tratamiento de Fuentes.* México Archivo General de la Nación-Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- CARRILLO, Ana María
- 1995 "¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California 1902-1902", Trabajo presentado en el Simposio Latinoamericano "No una sino muchas muertes" el 25 de agosto de 1995.
- 1999 "Los difíciles caminos de la Campaña Antivariolosa en México" en *Ciencias*, julio-diciembre, pp.18-25
- 2001 "Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México" en, *Gaceta Médica de México*, Vol. 137, No. 4, pp. 361-369
- 2002a "Economía, política y salud pública en el México porfiriano 1876-1910" en *Historia, Ciencia é Saúde Manguinhoes*, Vol. 9 (suplemento), pp. 67-87.
- 2002b "La profesión médica ante el alcoholismo en el México Moderno" en *Cuicuilco*, 2002, vol. 9. No. 26, pp. 295-314.
- 2003 "*Miguel E. Bustamante*", en *Ciencia y Tecnología en México en el siglo XX. Biografías de Personajes Ilustres*, vol. III. México, SEP / CONACYT/ Academia Mexicana de Ciencia y Tecnología, pp. 143-158.
- 2003 "El inicio de la Federalización de los servicios de salud 1902-1940", en FAJARDO, CARRILLO, NERI VELA.
- 2005 "Salud pública y poder durante el cardenismo: México, 1934-1940" En: *Dynamis*, no. 25, pp. 145-178.
- CARTWRIGHT, Lisa
- 1994 "Cultural contagion: On Disney's Health Education Films for Latin America". En: SMOODIN (ed), pp. 169-180.
- 1995 *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture.* Minneapolis, University of Minnesota Press.

Cartilla de Higiene. México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación, Biblioteca del Maestro Rural, 1928.

Cartilla de higiene escrita especialmente para la población indígena, México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación, Biblioteca del Maestro Rural Mexicano, 1928.

CEDILLO, Juan Alberto

2007 *Los nazis en México*, México, Debate.

CENICEROS, José Ángel

1935 *El Problema Social de la Insalubridad*, México, Botas.

CERVANTES GONZÁLEZ, Domingo

1979 *Breve Reseña Histórica de la Lucha Antipalúdica en México*, México Secretaría Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional para la erradicación contra el paludismo.

COLWELL, Stacie

1992 "The End of the Road: Gender, the Dissemination of knowledge, and the American Campaign against Venereal Disease during WWI" en *Camera Obscura*, 1992, pp. 91-125.

CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD

1910 *La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos. Brevísima Reseña de los progresos alcanzados desde 1810 hasta 1910*, México, Casa Metodista de Publicaciones.

COOTER, Roger

2003 "Of War and Epidemics: Unnatural Couplings, Problematic Conceptions" en *The Journal of the Society for the Social History of Medicine* vol. 16, no. 2, pp. 283-302

C. SCOTT, James

2000 *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. México, ERA.

CUETO, Marcos (ed)

1996 *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, Organización Panamericana de la Salud.

CUETO, Marcos

1997 *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, Instituto de estudios peruanos.

2004 *El Valor de la Salud. Historia de la OPS*, Washington, Organización Mundial de la Salud.

2005 "Appropriation and Resistance: Local Responses to Malaria Eradication in México, 1955-1970" *Journal of Latin American Studies*, no. 37, pp. 533-559.

- 2007a *The Value of Health: A history of the Panamerican Health Organization*, Washington DC, Panamerican Health Organization.
- 2007b *Cold war, Deadly Fevers. Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA
- 1926 *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta Manuel León Sánchez,
- 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.
- DÍAZ BARRIGA, Jesús
- 1981 *Su Pensamiento sobre la educación socialista y la nutrición popular*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Nicolaítas notables.
- ESTRADA UROZ, Rosalina
- 2001 “Del Mercurio al 606” en *Elementos: Ciencia y Cultura*, vol. 8, no. 042. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, pp. 47-53.
- ENRÍQUEZ, Alberto (coord.)
- 1996 *Perspectivas sobre el Cardenismo. Ensayos sobre economía, trabajo, política y cultura en los años 30*, México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- EBERWEIN, Robert
- 1999 *Sex Ed. Film, Video, and the Framework of Desire*, Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London.
- FABREGAT, Cúneo
- 1961 *Propaganda y Sociedad*. México, Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México.
- FEDUNKIW, Marian
- 2003 “Malaria Films: Motion Picture as a Public Health Tool”, en *American Journal of Public Health/July 2003*, vol. 93, No.7, pp. 1046-1056.
“The Rockefeller Foundation’s 1925 Malaria Film”
- FERRO, Marc
- 2000 *Historia Contemporánea y cine*, Barcelona, Ariel.
- FLEXNER, Abraham
- 1940 *I Remember. The Autobiography of Abraham Flexner*. New York, Simon and Shuster.

- FIGUEROA, Gabriel
1993 *Conversaciones con Gabriel Figueroa / Alberto Isaac*. Guadalajara. Universidad de Guadalajara. Centro de Investigación y Desarrollo cinematográfico.
- FRANCO AGUDELO, Saúl
1990 *El Paludismo en América Latina*, México, Universidad de Guadalajara.
- FONTE Jorge y Olga Mataiy
2000 *Walt Disney. El Universo de los largometrajes 1937-1967*, V. 1. Madrid, TB Editores.
- FOSDICK BLAINE, Raymond
1952 *The story of the Rockefeller Foundation*, New York, Harper Brothers Publishers.
- GARCÍA, Genaro
1910 *Crónica Oficial del Primer Centenario, Breve Reseña*, México.
- GARCIA RIERA, Emilio
1998 *Breve Historia del Cine Mexicano. Primer siglo 1897-1997*, México, CONACULTA-IMCINE
- 1960 *Historia documental del cine mexicano. Época sonora. Tomo I 1926/1940*. México, Edición Era.
- GASTÉLUM, Bernardo
1925 “La actividad del Departamento de Salubridad Pública en materia de reglamentación y legislación sanitaria”, en *Boletín Departamento Salubridad*, No. 4, pp. 3-6.
- 1926 “La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social”, en *Boletín Departamento Salubridad*, no. 4, pp. 5-23.
- 1976 *Días de Decisiones*, México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México.
- GILBERT M, Joseph y Nugent (cords)
1994 *Everyday forms of State formation. Revolution and Negotiation of rule in Modern Mexico*. Durham and London, Duke University Pres.
- GILBERT M. Joseph, Catherine C. Legrand y Ricardo D. Salvatore (Editors).
1998 *Close Encounters of Empire. Writing the Cultural History of US-Latin American Relations*. Duke University Press.

- GOCHICOA, A.E.
1919 “Estado actual de la fiebre amarilla en la República Mexicana”, en *Boletín Departamento Salubridad Pública*, No. 2, pp. 40-42.
- GOMEZ DANTES, Héctor / Anne Emanuelle Birn
2000 “Malaria and Social Movements in Mexico: the last 60 years”, *Parassitologia* 42, pp. 69-85.
- GONZALBO, Pilar
2006 *Historia de la vida Cotidiana. V. Siglo XX Campo y Ciudad* vol. 1, México, El Colegio de México – Fondo de Cultura Económica,
- GONZÁLEZ RIVERA, Manuel
1944 “La educación higiénica y la radio”, en *Salubridad*, No. 5 pp. 67-74”
1943 *Doña Eugenesia y otros Personajes*, México, (s/ pi)
- 1943a “Procedimientos para impartir educación higiénica al público” en *Boletín del Departamento de Salubridad*, no. 2, p.99-103.
- 1945 “Cualidades que debe reunir el educador sanitario” *Salubridad*, mayo-junio, pp. 53-57.
- 1946 “Educación Higiénica y Política Sanitaria”, *Salubridad y Asistencia*, no. 13, enero-febrero 1946 111-117,
“La educación higiénica en el campo de la Eugenesia” en *Salubridad y Asistencia*, no. 15, mayo-junio 1946, pp. 23-44,
- GUAL, León
1935 “Fecunda Labor de Propaganda” en *Salubridad*, vol. VI, no. 1 1935-1936, pp. 18-22.
- GUDIÑO CEJUDO, María Rosa
2008 “Educación higiénica y consejos de salud para campesinos en El Sembrador y El Maestro Rural, 1929-1934”. En: Agostoni, 2008, (ed), pp. 71-97.
- GUERRAS, Alfonso
1930 “Automóvil: exposición higiénica ambulante para educación popular”, *Boletín del Departamento de Salubridad*, No. 4, pp. 1141-1146.
- HERNÁNDEZ LAMAS, Héctor (comp)
1984 *La Atención medica 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”. En: *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 36, México, UNAM, pp. 221-259.
- HERRERA LÓPEZ, Alfredo
2008 *Catálogo del Departamento de Bellas Artes del Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública* (caja 1 a la 53). Tesis de licenciatura en Historia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- HILL, Claude
1925 “Propaganda de Higiene” en *Boletín Departamento Salubridad Pública*, no.1, pp. 196-201;
- HUMPHREYS, Margaret
1996 “Kicking a Dying Dog. DDT and the Demise of Malaria in the American South, 1942-1950. pp. 1/17. En: *Isis*, no. 87. p.2
2001 *Malaria. Poverty, Race, and Public Health in the United States*. Baltimore, The Johns Hopkins University.
- LANDA, Everardo
1930 “La acción educativa del Departamento de Salubridad Pública” en *SALUBRIDAD*, No. 3, julio-septiembre, p 1088
- LASSO ECHEVERRÍA, Fernando
2001 *Diccionario de Salud Pública*, México, Derechos Reservados Fernando Lasso Echeverría.
- LOYO, Engracia
1999 “La lectura en México 1920-1940”, en *Historia de la Lectura en México*, México, El Colegio de México, p.243-294.
1999a *Gobiernos Revolucionarios y Educación Popular en México 1911-1928*. México, El Colegio de México.
- 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.
- JIMÉNEZ, Carlos
1933 “Asistencia Pública y Medicina social” en *Gaceta Médica*, Vol. 64, pp. 441-449

- KAPELUSZ-POPPI, Ana María
 2001 “Physician Activists and the Development of Rural health in Postrevolutionary Mexico” en *Radical Historical Review*, 80, pp. 35-50.
- “Rural Health and State Construction in Postrevolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services”, en *The Americas*, 58:2, 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.
- KNIGHT, Alan
 1994 “Popular Culture and the Revolutionary State in Mexico, 1910-1940”, en *Hispanic American Historical Review* 74, August, p.393-444.
- 1996 “Estado, revolución y cultura popular en los años treinta”. En: Enríquez (ccord), pp.
- 1996a *La Revolución Mexicana. Del Porfiriato al nuevo Régimen Constitucional. Vol. II Contrarrevolución y reconstrucción*, México, Grijalbo.
- KHUN, Annete
 1988 *Cinema, Censorship and sexuality 1909-1925*, London – Nueva York, Routledge.
- KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús
 1977 *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, México, El Colegio Nacional.
- La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos.
 1910 *Brevísima Reseña de los progresos alcanzados desde 1810 hasta 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*, Casa Metodista de Publicaciones, Gante no. 5, México DF.

- LANDA, Everardo
1930 “La acción educativa del DSP”, *Boletín del Departamento de Salubridad*, No. 4, pp. 1085-1094
- LICEAGA, Eduardo
1949 *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación.
- MACHADO, María Helena (coord)
1995 *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- MAILLENFERT, Alfredo
1933 “Antena Campesina. Transmisiones de la XFX de la SEP dedicadas a los campesinos”. En *El Maestro Rural*, Tomo II. 15 marzo. no. 11, p. 30.
- MARTÍNEZ BAÉZ, Manuel
1980 “El paludismo en el mundo” en *Manuel Martínez Báez. Maestro, científico, humanista*, México Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pp. 93-103.
- MEAD, Margaret
1948 “Positive motivations in Health Education”, En: *Motivation in Health Education*, Columbia University Press, pp. 45-53.
- MEADE, TERESA
1987 “Civilizing Rio de Janeiro. The Public Health Campaign and the Riot of 1904”. En: *Journal of Social History*, vol. pp. 301-322
1989 “Living Worse and Costing More. Resistance and Riot in Rio de Janeiro 1890-1917”. En: *Journal of Latin American Studies*, pp. 241-266.
- Memoria de la Secretaría de Educación Pública*, México, Secretaría de Educación Pública, 1929.
- Las misiones culturales
1928 *Las misiones culturales en 1927; las escuelas normales rurales*, México, Secretaría de Educación Pública.
1933 *Las misiones culturales 1932-1933*, México, Secretaría de Educación Pública.
- MENDOZA CORNEJO, Alfredo
1992 *El servicio social en México*, México, Universidad de Guadalajara.

- MOLL, ARÍSTIDES
1944 "Salud a las Americas" en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, no. 9, vol. 23, Washington, DC, pp. 786-788
- MORENO, Cueto.
1982 *Sociología histórica de las instituciones de salud en México*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social2.
- MOYA PALENCIA, Mario
1992 *Mexicanos al grito de Guerra*. México, Porrúa.
- NICHTENHAUSER, Adolf
1950 ca *A History of Motion Pictures in Medicine*. Manuscrito en la National Library of Medicine
- NIGENDAS LÓPEZ, Gustavo
1990 "Referencias De ubicación geográfica de los médicos urbanos de México" en *Síntesis Ejecutiva*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
1994 *Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio*, México, Fundación Mexicana para la salud Institución privada al servicio de la comunidad. Proyecto Economía y salud.
- NOVO, Salvador
1994 *La Vida en México en el periodo presidencial de Manuel Ávila Camacho*, Compilación de José Emilio Pacheco, México, CNCA.
- ORNELAS Herrera, Roberto
2006 "Radio y cotidianidad en México (1900-1930)". En: GONZALBO, (coord.), 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.
- ORVAÑANOS, Domingo
1889 *Ensayo de Geografía médica y climatológica de la República*, México, Secretaría de Fomento

- PALACIOS, Guillermo
- 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 /Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- 1998 “Una historia para campesinos: El maestro rural y los inicios de la construcción del relato historiográfico posrevolucionario 1932-1934”, en Pilar Gonzalbo (coord.) *Historia y Nación, I. Historia de la educación y enseñanza de la historia*. México, el Colegio de México, p. 237-262.
- 2000 “Julio Cuadros Caldas: Un agrarista colombiano en la revolución Mexicana”. En: *Historia Mexicana*, XLIX: 3, México, El Colegio de México, pp. 432-476.
- PANI, Alberto J.
- 1916 *La Higiene en México*, México, Imprenta de J. Balleca.
- 1936 *Mi contribución al nuevo Régimen 1910-1933*, México, Cultura
- 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” en *Gaceta Médica*, No. 3, pp. 117-126
- PEREDO CASTRO, Francisco
- 2000 *Cine e Historia: Discurso Histórico y producción Cinematográfica*. Tesis de Doctorado en Historia, Facultad de Filosofía y Letras. División de Estudios de Posgrado. Coordinación de Historia. México, UNAM.
- 2004 *Cine y Propaganda para Latinoamérica. México y Estados Unidos en la encrucijada de los años cuarenta*. México, UNAM
- PÉREZ MONTFORT, Ricardo
- 2000 “Esa no porque me hiere. Semblanza superficial de treinta años de radio en México. 1925-1955”. En: *Avatares del nacionalismo cultural cinco ensayos* México. CIESAS- CIDHEM
- PÉREZ TAMAYO, Ruy
- 1991 *Historia de Diez gigantes*, México, el Colegio Nacional.
- PERNICK S, Martín
- 1996 *The Black Storck: Eugenics and the Death of “Defective” Babies in American Medicine and Motion Pictures Since 1915.* New York, Oxford University Press.
- 1978 “The Ethics of Preventive Medicine” in *The Hastings Center*; vol.8, number 3, June 1978, pp. 21-27. p. 22

- PORTER, Dorothy (ed)
1994 *The History of Public Health and the Modern State*, Atlanta G.A., Clia Médica.
- POSADA Pablo Humberto
1990 *Apreciación del cine en México*, Editorial Alhambra Mexicana.
- POZAS HORCASITAS, Ricardo
1986 “De lo duro a lo seguro., La Fundación del Seguro Social Mexicano”. En: Loyola (coord.), pp. 109-123.
- PRUNEDA, Alfonso
1921 “Los estudios de salubridad en las facultades de medicina” en *Memorias del VI Congreso Médico Nacional*, T. II, PP. 517-518.
1933 “La Higiene y la Medicina sociales”, en *Gaceta Médica de México*, tomo 64, pp. 122-136.
1936 “El nuevo código sanitario”, en *Gaceta Médica* no. 66, pp.395
- RABY, David
1989 “Ideología y Construcción del Estado: la función política de la educación rural en México: 1921-1935”, *Revista Mexicana de Sociología*, no LI, abril-junio, 1989, p. 305-320.
- REYES, Aurelio de los
1984 *Los orígenes del cine en México (1896-1900)*, México, SEP (Lecturas mexicanas, 61)
1993 *Cine y Sociedad en México. Bajo el cielo de México, Volumen II (1920-1924)*. México, UNAM, IIE.
1996 *Cine y Sociedad en México. Vivir de Sueños. 1896-1920. Volumen I*. México, UNAM, IIE.
1991 *Manuel Gamio y el cine*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Estéticas.
- REYES DE LA MAZA, Luis
1973 *El cine sonoro en México*, México, UNAM.
- RÍOS MOLINA, Andrés
2006 “La Loca and Manicomio. Representations of Womens Insanity during the *Golden Age* of Mexican Films”, en *Journal of International Women's Studies*, vol. 7, n° 4, pp. 209-221.
2007 *La Locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General de La Castañeda, 1910-1920*. Tesis Doctoral en Historia. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos.

- ROCKWELL, Elsie
1994 “Schools of the Revolution: Enacting and Contesting State Forms in Tlaxcala, 1910-1930”. En: Gilbert – Nugent (cords), pp. 170-208.
- RODRÍGUEZ, José María
1992 “La Federalización de la Salubridad” En: *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”, en *Historia, Ciencia é Saúde*, Vol. V (2), pp. 293-310
- ROSEN, George
1992 *A History of Public Health*, Baltimore and London, 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 para obtener el grado de Doctor en Administración Pública, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- RUIZ MONTIEL
1930 “¿Es de resultados prácticos la propaganda higiénica?”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, No. 4, pp. 1116-1117
- RUSELL, P. Edmund.
1999 “The Strange Career of DDT: Experts, federal capacity, and Enviromentalism in World War II”. *Technology and Culture* 40.4, 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 Unidad Xochimilco.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
1976 *México a través de sus informes presidenciales*, Tomo 12: La Salubridad General.
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA / INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
1947 La Escuela Superior de Medicina Rural, MÉXICO

- SETH, Fein
1996 *Hollywood and US-Mexico relations in the Golden Age of Mexican cinema*. PhD Dissertation in Philosophy. University of Texas, Austin. 823 p.
- 1996 a “El cine y las relaciones culturales entre México y Estados Unidos durante la década de 1930” en *Secuencia* no. 34, p. 155-195.
- 1998 “Everyday Forms of Transnational Collaboration. US Film Propaganda in Cold War”. En: Gilbert M (coord), pp. 400-450.
- SIUROB, José.
1936 “La nueva orientación de los servicios de salubridad pública”, *Salubridad*, vol. VI, numero 1, enero-diciembre pp. 5-7.
- SMOODIN, Eric (ed)
1994 *Disney Discourse. Producing the Magic Kingdom*, Great Britain, Routledge.
- SMOODIN, Eric
1993 *Animating Culture. Hollywood Cartoons from the Sound Era*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey.
- SOBERÓN Guillermo y Bernardo Sepúlveda
1983 “El Consejo General de Salubridad” en *Salud Pública de México*, No. 5, Vol. 25, 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, Piere
2005 “El cine, reto para el historiador”, en *Istor*, año V, no. 2 pp. 11-35.
- 1985 *Sociología del cine en 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”, en *Secuencia*, número 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
- THE ROCKEFELLER FOUNDATION
 1963 *A Condensed Record of Activities from 1913 to 1963*. New York, Office of Publications the Rockefeller Foundation.
- TREVIÑO BECERRA, Alejandro (ed)
 2006 *Norberto Treviño. Hechos, escritos Libros*. México, Facultad de Medicina, UNAM.
- TUÑÓN, Julia
 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.
 2001 "Torciéndole el cuello al filme: de la pantalla a la historia". En: Camarena Ocampo (coord.) pp. 337-358.
 2005 *Cuerpo y Espíritu. Médicos en celuloide*, México, Secretaría de Salud.
- URUCHURTU, Gustavo.
 1941 "La labor de la educación higiénica en México" En: *Boletín del Departamento de Salubridad*, No. 2, 1943, pp 309-330.
 1942 "Labor de la oficina técnica de Educación Higiénica". En: *Boletín de Salubridad e Higiene*, vol, IV, nos. 1 y 2, pp. 15-30.
- VALDÉS, Ulises
 1930 "Historia de la Salubridad". En: *Salubridad*, no. 4, pp. 1386-1407.
- VALDESPINO, José Luis/ Jaime Sepúlveda
 2001 *Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- VALENZUELA, Fernando
 1918 "La Inmigración china". En: *Boletín del Departamento de Salubridad*, no. 5, pp. 169-173

- VARIOS Autores
1948 *Motivation in Health Education*. The 1947 Health Education Conference of The New York Academy of Medicine, New York, Columbia University Press.
- VÁZQUEZ ZORAIDA, Josefina y Lorenzo Meyer
2000 *México frente a Estados Unidos. Un ensayo histórico, 1776-2000*, México, Fondo de Cultura Económica.
- WALZER LEAVITT, JUDITH
2000 “Typhoid Mary Strikes back: Bacteriological Theory and Practice in early 20th century Public Health” En: Walzer (ed), pp. 555-571.
- WALZER, Judith and Ronald L. Numbers (eds)
2000 *Sickness and Health in America. Readings of Medicine and Public Health*. The 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.
- YÁÑEZ, Agustín.
1933 “Nuestro ayudante y amigo el radio” en *El Maestro Rural*, Tomo II. 15 marzo 1933. no. 1, p. 29

Filmografía mexicana

- Santa* (Luis G. Peredo, 1918)
Atavismo (Gustavo Sáenz de Sicilia, 1921-1923)
Abismos (Salvador Pruneda, 1931)
El Compadre Mendoza (Fernando de Fuentes, 1933)
Ay Jalisco no te rajes (Joselito Rodríguez, 1941)
María Candelaria (Emilio el Indio Fernández, 1942)
La Brecha (José Barbachano, 1952)
Guerra al Paludismo (Walter Reuter, ca. 1957)
Reconquista (Centro de Producción de material auditivo-visual de la Dirección de Educación Higiénica con la colaboración de la Dirección de Estudios experimentales en Salud Pública de la Lotería Nacional, 1957)
La respuesta (Francisco del Villar, 1959)
Cruzada Heroica (Francisco del Villar, 1960)
Hombres Manchados (Francisco Hernández Arvizu, 1961)
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)
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 (OIAA, Productor Jack Chertok, c.a 1946)
La Viruela (OIAA, Productor Jack Chertok, c.a 1946)
La Tifoidea (OIAA, Productor Jack Chertok, c.a 1946)

Hemerografía:

Ramírez, Rafael, *El Sembrador. Libro de lectura para las escuelas rurales, 1º a 5º grado*, México, Herrero Hermanos, 1929, no. 1, 4, 6, 8 y 11.
El Maestro Rural órgano de la Secretaría de Educación Pública consagrado a la educación rural, México, 1932, 1934, 1935, 1936.
El Nacional
El Universal
Memorias del Departamento de Salubridad Pública
Boletín del Departamento de Salubridad Pública
Boletín Salubridad
Gaceta Médica
Bulletin of World Health Organization, No. 2, 194