

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina

HISTORIA, ANTROPOLOGÍA y BIOÉTICA MÉDICA

ENCUENTRO MULTIDISCIPLINARIO

Xóchitl Martínez Barbosa
Elia Nora Arganis Juárez
Carlos Olivier Toledo

Coordinadores





Facultad de Medicina



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud

HISTORIA, ANTROPOLOGÍA Y BIOÉTICA MÉDICA

ENCUENTRO MULTIDISCIPLINARIO

Xóchitl Martínez Barbosa
Elia Nora Arganis Juárez
Carlos Olivier Toledo

Coordinadores

2025

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Martínez Barbosa, Xóchitl, editor. | Arganis Juárez, Elia Nora, editor. | Olivier Toledo, Carlos, editor.

Título: Historia, antropología y bioética médica : encuentro multidisciplinario / Xóchitl Martínez Barbosa, Elia Nora Arganis Juárez, Carlos Olivier Toledo, coordinadores.

Descripción: Primera edición. | México, D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2025. | “Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Posgrado: Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas. Odontológicas y de la Salud”-- Reverso de la cubierta

Identificadores: LIBRUNAM 2254221 (libro electrónico) | ISBN 9786075871066 (libro electrónico).

Temas: Medicina -- México -- Historia. | Hospitales -- México -- Historia. | Obesidad -- México -- Aspectos sociales. | Lactancia materna -- Aspectos de salud. | Glaucoma -- Terapia. | Diabetes -- México -- Aspectos sociales. | Bioética -- México.

Clasificación: LCC R465 (libro electrónico) | DDC 610.972—dc23

Derechos Reservados

Primera edición, 2025

Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán

04510, México, D. F.

Facultad de Medicina

ISBN: 978-607-587-106-6

Portada

David Aguilera Martínez

Supervisión editorial

Xóchitl Martínez Barbosa

Formación y corrección de planas

Formas e Imágenes, formaseimagenes@gmail.com

El contenido de este libro está protegido por la Ley de Derechos de Autor y no puede ser reproducido, total o parcialmente, por ningún, medio mecánico, electrónico o cualquier otro, sin el permiso escrito de la Facultad de Medicina de la Universidad nacional Autónoma de México.

Impreso en México // Printed in Mexico

Contenido

Presentación <i>Marcos Cueto</i>	7
Introducción	11
Capítulo I Diagnóstico, intervención y uso de medicinas en México: el caso evangélico (1880-1910) <i>Carlos Olivier Toledo</i>	19
Capítulo II Medicalización del consumo de morfina en la Ciudad de México (1883-1926) <i>Rosa Isela Flores Martínez</i>	48
Capítulo III Representaciones médicas en los murales del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza en la Ciudad de México <i>Rebeca Vargas Olmos</i>	71
Capítulo IV Hospital Industrial San Lunes en Hidalgo, México (1906-1943) <i>Héctor Alejandro Ruiz Sánchez, Gabino Sánchez Rosales</i>	88
Capítulo V Emergencia de la soledad patológica en México. La década de los setenta <i>Moisés Romero Hernández</i>	119

Capítulo VI	
Aproximación a la historia reciente de los hospitales en México: La reconversión hospitalaria, 2020-2021	144
<i>Xóchitl Martínez Barbosa, Diana Laura López Vega</i>	
Capítulo VII	
Una mirada desde la antropología médica al fenómeno de lactancia materna	168
<i>Elizabeth Hernández Alonso, Oliva López Sánchez</i>	
Capítulo VIII	
Itinerarios terapéuticos de personas con glaucoma	187
<i>Rocío Santos Martínez</i>	
Capítulo IX	
La construcción social de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)	211
<i>Rebeca Cruz Santacruz</i>	
Capítulo X	
Ser persona mayor con diabetes durante la pandemia de Covid-19 en la Ciudad de México	242
<i>Elia Nora Arganis Juárez</i>	
Capítulo XI	
Masculinización, autoritarismo y violencia en la formación académica y profesional médica en México. Una aproximación desde la bioética	265
<i>Luis Alfonso Munive Valencia, Oliva López Sánchez</i>	
Capítulo XII	
Dilemas bioéticos alrededor del VIH en nuestro tiempo	289
<i>Leonardo Bastida Aguilar</i>	
Los autores	315

Presentación

*Marcos Cueto*¹

Este valioso libro presenta doce investigaciones que, desde la historia, la antropología y la bioética, ofrecen un panorama claro y profundo sobre distintos aspectos de las prácticas médicas en México. Son fruto de investigaciones realizadas por estudiantes, egresados, profesores e investigadores vinculados al campo de conocimiento de Ciencias Socio-Médicas y de Humanidades en Salud, del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Fundamentados en evidencias sólidas e interpretaciones originales, los capítulos son aportes notables que van más allá de los límites formales de la medicina. Recorren distintos momentos de los siglos XIX, XX y comienzos del XXI, iluminando temas nuevos y antiguos como el entrelazamiento del proceso de medicalización con la religión, las drogas, los centros mineros, el muralismo mexicano y la arquitectura hospitalaria; la reconversión hospitalaria producida por la pandemia de Covid-19 y

¹ Profesor de la Fundación Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Brasil desde el 2011. Presidente de la División de Historia de la Ciencia y Tecnología por el período 2023-2025.

las vicisitudes de las personas con diabetes durante esa pandemia; la lactancia materna explicada desde una perspectiva antropológica; el autoritarismo en las prácticas médicas contemporáneas y, los dilemas bioéticos actuales alrededor del VIH, cuando persiste el prejuicio contra las personas que viven con ese virus y el sida, entre otros asuntos.

Más que abundar de las virtudes de cada estudio —como se hace en la introducción— quiero en esta presentación referirme al principio organizador de esta obra en su conjunto: la reafirmación de la trascendencia de la historia, las ciencias socio médicas, y del más popular campo de las “humanidades médicas” —este último término usado por el historiador de la ciencia George Sarton a fines de los años cuarenta— y que cobró fuerza en los años sesenta. Aunque existen varias definiciones de las humanidades médicas, es común entenderlas como un área de estudios interdisciplinaria, en la que participan las humanidades, las ciencias sociales y el arte, para mejorar la educación médica, concientizar a sus egresados sobre las expectativas, valores y culturas de las personas viviendo con una dolencia e ilustrar la trascendencia del saber médico en la literatura y la pintura.

Vale la pena mencionar brevemente el origen de los estudios sociomédicos y de humanidades médicas. Desde que se aceleraron los avances de la medicina occidental a fines del siglo XIX, algunos galeños señalaron la insuficiencia de la forma hegemónica de concebir y atender los problemas de salud y enfermedad. Para ellos, la medicina se estaba deshumanizando y perdiendo la oportunidad de reivindicar triunfos legítimos del pasado y ser una ventana para pensar y, de enfrentar problemas sociales como la retroalimentación entre la pobreza y la enfermedad. A mediados del siglo pasado, historiadores médicos latinoamericanos, como el fisiólogo mexicano Juan José Izquierdo, quienes eran profesores en Facultades de Medicina, llevaron a cabo una cruzada para construir un puente entre las humanidades y la medicina, registrar y celebrar los avances del conocimiento, comprender las medicinas indígenas precolombinas y, de una forma no sistemática, brindar

una formación integral, humanística, a los estudiantes. Ellos reaccionaban a la creciente obediencia médica a los dictados del laboratorio, la proliferación de modernas tecnologías médicas y el ejercicio de la clínica. Entonces se produjo una obliteración de antiguas preocupaciones ambientales, sociales y culturales. Disciplinas basadas en la investigación en bibliotecas, archivos y en entrevistas de campo, cultivadas por siglos en las facultades de Medicina, fueron marginadas de la enseñanza oficial por ser consideradas improductivas. La creciente confianza excesiva en la tecnología fue inversamente proporcional al interés por los orígenes de la atención médica y la empatía con los enfermos. Peor aún, preocupaciones éticas no parecían un elemento esencial entre los médicos como lo indicaron, en su manifestación más nefasta, los experimentos en seres humanos realizados por galenos nazis durante la Segunda Guerra Mundial o la persistencia de la discriminación, sea de género, raza o condición económica, inherentes al acceso a la atención médica y a las epidemias. No menos significativo para el crecimiento de las humanidades médicas fueron los movimientos feministas de fines del siglo XX, el descubrimiento que investigadores de renombre llevaron a cabo experimentos en personas sin su consentimiento, denuncias de los abusos que se cometían en las instituciones de salud mental y la intensificación de actividades que exigían decisiones éticas como la donación de órganos y la tecnología reproductiva.

A fines del siglo pasado se siguieron acumulando factores contextuales que forzaron a la medicina a tener una mirada más holística. Entre ellos, estuvo las reacciones a la epidemia del sida que introdujeron temas hasta entonces eludidos por los galenos como conductas sexuales censuradas, la criminalización de la homosexualidad, el alto precio de medicamentos que salvaban vidas como los antirretrovirales y la tendencia del poder de culpabilizar a las víctimas de sus males. A pesar de sus indudables conquistas en materia de inmunizaciones, la reciente pandemia de Covid-19 demostró que la medicina y la salud pública todavía tienen mucho que aprender sobre la equidad global a los

recursos médicos, y la forma en que sus intervenciones se relacionan con la sociedad, como la importancia de describir y analizar epidemias del pasado, la importancia de la persuasión y el diálogo con la comunidad y las respuestas de estas al control gubernamental.

Las humanidades médicas y los estudios sociomédicos, continúan en su búsqueda de inculcar entre los estudiantes y los jóvenes profesionales de la salud nuevas habilidades para el diálogo, autorreflexión y comodidad con la ambigüedad y la contradicción, respetar la espiritualidad en los cuerpos de los pacientes y explicar una y otra vez el valor de la medicina en la cultura y sociedad. Más aún, la densidad y calidad del conjunto de investigaciones en este campo justifican su existencia más allá de las instituciones médicas tradicionales. Son vitales para mostrar a la sociedad que hay diversas formas de experimentar el dolor, acompañar el sufrimiento, postergar la muerte y buscar el bienestar físico y mental. Sus diversas disciplinas son pertinentes y necesarias para complejizar narrativas de progreso lineal e incontestable, introducir una perspectiva crítica del pasado y del presente, desnudar la maliciosa desinformación y los *fake news*, que en los últimos años nos agobian, centralizar la ética en las decisiones gubernamentales y en los directivos de centros que brindan servicios para el público, entender las disputas y desavenencias entre comunidades profesionales y comprender tanto los reclamos de autoridad del poder, como la resistencia al poder.

Por todo lo anterior, la historia, la antropología y el estudio bioético enriquecen la medicina; las humanidades y las ciencias sociales en general, merecen la mayor atención de lectores con diversos intereses. Ofrecen una mirada multidisciplinaria, relevante y fascinante para profundizar en la condición humana. Como lo hacen los estudios de este libro.

Introducción

Historia, Antropología y Bioética Médica. Encuentro Multidisciplinario es un documento colectivo que reúne una docena de textos vinculados entre sí por el interés en la salud y la enfermedad humana, así como de la práctica médica, desde distintos enfoques. Los autores son en su mayoría estudiantes y, algunos de ellos, egresados del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (PMDCMOS), en el Campo de conocimiento de Ciencias Sociomédicas y de Humanidades en salud. También participan algunos profesores del Programa.

Las *1as Jornadas de Intercambio Académico*, realizadas en el mes de junio de 2023 en el Palacio de la Antigua Escuela de Medicina por quienes coordinan la publicación que ahora se presenta, constituye el punto de partida de este libro. El esfuerzo conjunto en la presentación de ponencias sobre distintos tópicos, derivados de los proyectos de investigación del posgrado, fue una motivación para dar a conocer el trabajo de alumnos y docentes, fuera de los muros del viejo edificio.

Está compuesto de doce capítulos, escritos por quince autores, presentados de la manera siguiente: inicia con los de Historia (en orden cronológico), siguen los de Antropología, y finalmente los de Bioética. En ellos se abordan temas y problemáticas de la medicina y la salud

desde su mirada disciplinaria, que muestran las amplias posibilidades de estudio cuando se enriquecen con distintas visiones, teorías y métodos.

Los primeros seis capítulos comprenden temas históricos que abarcan desde finales del siglo XIX hasta el presente. En el primero de ellos, Carlos Olivier Toledo reconstruye las prácticas de lo que denomina un proyecto dirigido al cuidado y restablecimiento de la salud de los mexicanos, promovido por las comunidades evangélicas, en una época en que tuvieron gran auge en nuestro país. A partir de la obra de Jean Pierre Bastian, historiador del protestantismo, Olivier orienta su texto al estudio del “fenómeno marginal”, con lo que nos invita a conocer la historia de la medicina y de la salud en el porfiriato, bajo la perspectiva de comunidades minoritarias que promovieron la creación de sanatorios y dispensarios, así como ideas propias en torno a la salud y la enfermedad, vinculadas a la medicina científica y no tanto a las de índole teológico. A partir de la historia cultural de la salud, a lo largo del texto analiza la diagnosis y los métodos de intervención vinculados a una concepción particular sobre la enfermedad, así como la propaganda de medicamentos presentes en la prensa evangélica, fuente fundamental para el escrito.

Entre las últimas décadas del siglo XIX hasta 1926, se sitúa el estudio de Rosa Isela Flores con un enfoque desde la historia social de la salud, que trata la historia de una enfermedad en la Ciudad de México: la morfinomanía. En este capítulo II, expone el interesante proceso de medicalización a través del cual, el consumo de la morfina llegó a considerarse como una patología. En palabras de la autora, “los procesos de medicalización permiten reconstruir la conformación de una medicina que progresivamente va adquiriendo preeminencia en la ordenación social”. A través de la consulta de las farmacopeas y de la *Gaceta Médica de México* rastrea la introducción de la morfina en México, los usos que se le dieron como medicamento, así como las nociones de la época a la enfermedad, derivada del abuso y la necesidad de la sustancia, cuestión más común entre individuos de alta clase social. La investigación ofrece un recorrido histórico sobre esa enfermedad, hasta el inicio del

prohibicionismo de la morfina en nuestro país. Sin duda un aporte interesante para la historia de las enfermedades en México.

Rebeca Vargas Olmos en el capítulo III, analiza una época fundamental en la historia de la medicina contemporánea, que corresponde a la creación de instituciones y al surgimiento de la medicina social. En ese contexto, el auge del muralismo mexicano (1920-1970) se revela en la naciente arquitectura hospitalaria impulsada por el Estado y, brinda oportunidad para una investigación metódica de su significado, en el interesante planteamiento de la doctorante. La conquista del derecho a la salud y temas relacionados con la medicina serán objeto del interés y de inspiración de los pintores en sus magnas obras. Entre ellas, el mural del Hospital General del Centro Médico Nacional 'La Raza' pintado por Diego Rivera que, como señala la autora: "confirma la capacidad de síntesis de Rivera: aspectos históricos, sociales y humanos... demostrando que la medicina ha evolucionado". Así, la historia del arte, de la medicina y la historia social de la salud convergen en este capítulo que refresca los estudios sobre la relación entre la medicina y el muralismo.

Las prácticas de prevención y atención a la salud en el trabajo, ocupan el interés de Héctor Alejandro Ruiz Sánchez y Gabino Sánchez Rosales en el capítulo IV, en su texto sobre el hospital industrial "San Lunes", de empresarios británicos, ubicado en la comarca minera hidalguense. El modelo de atención adoptado en ese hospital fue similar al de empresas mineras estadounidenses, difundido, en México, en distintos medios impresos que fueron consultados para el escrito de referencia. Se destaca en el texto la publicación de un *Boletín*, dedicado a prevenir los accidentes de los trabajadores, medio fundamental para conocer las ideas y prácticas imperantes en relación a los aspectos de seguridad y de primeros auxilios en el entorno de la explotación minera. Los autores se plantean el propósito de contribuir al conocimiento de ese hospital, de su conformación y organización, en el contexto de la expedición de la Ley Federal del Trabajo, que establecería una serie de beneficios para los trabajadores, entre ellos los de la salud y la seguridad laboral.

En el capítulo V, Moisés Romero Hernández, tiene como finalidad “describir cuáles y cómo fueron las formas particulares en que los profesionales de la salud describieron, explicaron, difundieron y propusieron prácticas preventivas y terapéuticas sobre la soledad”. Parte de la idea que, fue desde la década de los setenta en el siglo XX que médicos, psicólogos, psicoanalistas y otros profesionales de las ciencias de la salud, identificaron la emergencia de un nuevo malestar entre los habitantes de las grandes ciudades de México: la soledad. Desde múltiples miradas, surgieron un sinnúmero de esfuerzos explicativos que denunciaban la soledad de las personas de la época y la urgencia de las mediaciones teórico-clínicas para afrontarla. Sus descripciones y propuestas preventivas y terapéuticas reforzaban el imaginario de que la soledad era una terrible y dolorosa experiencia mental, e individual consecuencia de un nuevo individualismo, el desmoronamiento de los lazos tradicionales, el desarrollo de los medios de comunicación y la concentración de aglomeraciones humanas. Indagar en este tipo de documentos que circularon dentro y fuera del ámbito médico y científico, permite ampliar la comprensión y alcance de la historia de la soledad.

Finalmente, como es sabido, en los últimos años la pandemia de Covid-19 ha sido objeto de múltiples investigaciones y acercamientos desde distintas perspectivas; a este respecto, el libro contiene dos capítulos relacionados con el tema. En el capítulo VI, Xóchitl Martínez Barbosa y Diana Laura López Vega exponen el proceso de reconversión hospitalaria impulsada por el Estado mexicano entre 2020 y 2021 para la atención del creciente número de contagiados de covid ante la emergencia sanitaria. La reconstrucción que presentan se hizo a partir de fuentes oficiales y está centrada en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde colabora Diana, quien además vivió de cerca la reconversión. Como apuntan las autoras: “es un acercamiento a la problemática que subyace a la historia reciente de los hospitales, a propósito de lo experimentado en esa época”. Del otro capítulo sobre el contexto de la pandemia se tratará más adelante.

Introducción

En cuanto a los estudios antropológicos, se han realizado investigaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención, prevención y cuidado, desde diversas perspectivas teóricas. Los capítulos que se presentan a continuación, si bien tienen como eje las propuestas de la antropología, refieren a aspectos históricos, socioeconómicos, políticos, lo que muestra la importancia de estos encuentros interdisciplinarios.

En el capítulo VII, Elizabeth Hernández Alonso y Oliva López Sánchez presentan una mirada, desde la antropología médica, al fenómeno de la lactancia materna. Las autoras reflexionan en torno a la práctica de la lactancia y su proceso de institucionalización en el terreno biomédico, considerando esta práctica como un “fenómeno bio-psico-social que no solo se construye desde la corporeidad humana o desde la biologización del cuerpo femenino, sino desde las concepciones y creencias entorno a la nutrición infantil, las prácticas alimentarias aceptadas y reproducidas por los grupos sociales y el peso simbólico que tiene cada una de estas en la crianza”. De allí, que propongan la utilización de la antropología médica para analizar los ámbitos biomédicos y culturales en sus niveles micro, meso y macrosocial, para acercarse a la comprensión del fenómeno alimentario escuchar las voces de las y los actores sociales involucrados con una mirada crítica y reflexiva.

Rocío Santos Martínez, en el siguiente capítulo VIII, describe y analiza la configuración de los itinerarios terapéuticos de personas con glaucoma, a partir de las interrelaciones entre los diferentes modelos médicos, así como los elementos estructurales que intervienen durante este proceso. Debido a que el glaucoma es un problema de salud que se desarrolla de manera asintomática, la búsqueda de atención se suscita hasta la pérdida de la capacidad visual, de allí que, el conocimiento de los itinerarios terapéuticos permite dilucidar la manera en que se configura el padecer y se desarrollan los procesos de búsqueda de atención, tratamiento, control y alivio de la enfermedad.

En el capítulo IX, Rebeca Cruz Santacruz describe y analiza la construcción social de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México en

los años 1900-1980. En el contexto actual de la salud, en el país, existe una amplia presencia de enfermedades crónico-degenerativas, por lo que la autora señala la necesidad de replantear la forma de problematizar al investigar en salud, dadas las características de estos problemas complejos “que surgieron como resultado de un amplio conjunto de acontecimientos que le dieron forma a los imaginarios sociales, la cultura y a la vida cotidiana de la gente que habitó épocas pasadas”. Propone un abordaje histórico de largo plazo, donde se dé cuenta, de manera entrelazada, de las tendencias económicas, político-ideológicas y de la vida cotidiana de las personas que vivieron en México, entre 1900 y 1980 y, de esta manera, visualizar las formas que fueron construyéndose para que, en un momento determinado, apareciera la epidemia de sobrepeso y obesidad, la cual no fue vista en ese tiempo, y se declaró como “alerta epidemiológica” cincuenta años después.

Por su parte, Elia Nora Arganis Juárez, en el capítulo X, muestra lo que significó ser persona mayor con diabetes durante la pandemia de Covid-19 en la Ciudad de México. Las personas mayores de sesenta años que tenían padecimientos crónicos, enfrentaron una pandemia en contextos diferenciales, se vieron afectados en todas las esferas de su vida cotidiana. La pandemia les trajo incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. La atención a su padecimiento sufrió inconvenientes, la postergación de consultas y la escasez de medicamentos. Si bien durante el proceso de vacunación se les dio prioridad frente a otros grupos de edad y esto significó una esperanza para que las cosas mejoraran.

Los dos últimos capítulos comprenden problemas abordados desde la bioética. Luis Alfonso Munive Valencia y Oliva López, presentan una investigación donde, digamos, plantean un cuestionamiento a la ética convencional, que supone al médico como un agente libre de moral. Por ello se proponen “analizar la relación entre determinados componentes simbólicos de *Lo Masculino* con ciertos aspectos identitarios de la profesión médica y, en particular, de sus esquemas morales”, desde una

perspectiva (bio)ética feminista. Para los autores es importante entender que los fundamentos de los esquemas propios de la identidad médica están formados a partir de interacciones sociales y, para comprenderlos hay que realizar un trabajo arqueológico. Asimismo, consideran que habría que ubicar dos “diques simbólicos” para entender el modo en que la práctica médica se conforma, el primero: la modernidad, tanto sus mecanismos relaciones y de objetivación de la realidad y, el segundo, lo masculino y su propio entramado vinculado a la propia modernidad. Es justo a partir de la modernidad que se refuerzan y reproducen “una serie de estereotipos de género, adquieren un sentido de *naturalidad*, lo cual les convierte en incuestionables y, por ende, difícil de ser reconocidos por los cuadros profesionales médicos”. Será este “currículum oculto” lo que esté, parcialmente, de fondo a la violencia que constituye a la formación médica. Una práctica naturalizada ya como “insumo pedagógico”.

Por último, en el capítulo XII, Leonardo Bastida Aguilar se propone contribuir a la revisión de los principales debates bioéticos en torno al VIH y su estatus actual, en abono a nuevos posibles caminos de respuesta a una de las pandemias más debatidas de nuestros tiempos. En el trascurso del trabajo, el autor, presenta un análisis interesante que va desde la incorporación del primer apartado, “Morales trastocadas”, donde pone en escena los cuestionamientos sociales devenidos de las prácticas sexuales, en la medida en que estas son la principal vía de transmisión. Por ello, la cultura vigente “la falta de información certera y precisa”, y los prejuicios, afirma el autor, han sido los principales obstáculos para la clarificación y aceptación del VIH. El concepto de moralidad social es necesario para el análisis bioético y muestra con claridad el modo en que se producen los debates en torno al VIH y los elementos presentes.

De esta manera, los textos del presente libro permiten reconocer la importancia de los encuentros multidisciplinarios, así como la

necesidad de tender puentes teórico-conceptuales entre las ciencias de la salud, la historia, la antropología y la bioética, para comprender y analizar la complejidad de los procesos de la salud, la enfermedad y la práctica médica.

Los coordinadores

Capítulo I

Diagnóstico, intervención y uso de medicinas en México: el caso evangélico (1880-1910)

Carlos Olivier Toledo

Introducción

Jean Pierre Bastian ha sido, desde la década de los ochenta del siglo pasado, el principal representante de los estudios sobre protestantismo en México y, virtualmente, en Latinoamérica. En *Los Disidentes. Sociedades protestantes y revolución en México, 1872-1911*,¹ posiblemente su obra más representativa, sostiene que para comprender con mayor amplitud “los procesos globales de transformación y crisis que afectaron a la sociedad mexicana” en el periodo del porfiriato y la revolución, es necesario el estudio del fenómeno marginal.²

Además de lo anterior, una de las tesis que su proyecto intelectual sostiene, radica en que la educación fue un elemento indispensable en el establecimiento de las comunidades evangélicas. Considera que tales comunidades lograron constituir una red escolar sustentada en una pedagogía liberal. Aparte de difundir los principios religiosos y morales,

¹ Jean Pierre Bastian, *Los Disidentes. Sociedades protestantes y revolución en México, 1872-1911*, México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica, 1989.

² Jean Pierre Bastian se refiere al fenómeno marginal como a todas aquellas comunidades minoritarias que no son consideradas relevantes en los estudios históricos y sociológicos.

las comunidades evangélicas propagaron un tipo de educación, no solo vinculada a las concepciones académicas promovidas en las instituciones educativas y liberales de su tiempo, como la Escuela Nacional Preparatoria, también sus intenciones incluían la necesidad de “formar ciudadanos responsables y útiles a la patria”,³ por ello el imperativo de promover cualidades como el ahorro, la moderación, la unión familiar, entre otras.

Bastian sostiene que, a través de sus propias organizaciones, congregaciones, sociedades de jóvenes, asambleas y convenciones, los protestantes buscaron crear líderes o dirigentes que pudieran forjar una cultura política moderna: “lo que se proponía el protestantismo era un cambio global en los valores, una reforma religiosa que llevara a una sociedad impregnada del catolicismo hacia una sociedad en la que los actores religiosos y sociales ya no serían los actores colectivos de la sociedad corporativista, sino el pueblo, considerado como un conjunto de individuos ciudadanos”.⁴ Esta idea es fundamental en la obra del autor porque es ahí donde logra afianzar la que supone que para la conversión del mexicano en un individuo-ciudadano, se requería hacer de este un sujeto educado e instruido, y lograr la unión entre la nación y sus habitantes.

En un lapso de treinta años que las sociedades protestantes lograron afianzar su lugar en el país; mucho se debe, según Bastian, a la red escolar que lograron establecer en las grandes ciudades del norte y el centro del país: “tanto las escuelas como los templos protestantes constituyeron el espacio propicio para desarrollar y propagar una pedagogía liberal radical ultraminoritaria portadora de valores modernos fundados en la educación y las prácticas democráticas”.⁵

³ Jean-Pierre Bastian, *Los Disidentes. Sociedades protestantes y revolución en México, 1872-1911*, op. cit., p. 143.

⁴ *Idem*.

⁵ *Ibid.*, p. 141.

A la postre, el proyecto educativo servirá para enseñar a los alumnos cómo reflexionar y cómo crear una vida participativa con una conciencia cívica. Eso era lo que en verdad armonizaría al sujeto con su nación. A través del proyecto educativo, los protestantes buscaban forjar sujetos colmados de una idea de progreso con una moral, de origen cristiano, que fundamentara la acción del individuo: “el protestantismo era una religión racional que contribuía a forjar al hombre nuevo y los valores que necesitaba la sociedad liberal y democrática”.⁶

La anterior fue, sin duda, una idea rectora en los estudios posteriores a Bastian. Aunque sin dejar de ser un tema escasamente atendido por la academia, los contados intelectuales dedicados al estudio del evangelismo en México, en mayor o menor grado, continuaron dentro de los linderos planteados por Jean-Pierre, es decir, que la educación fue el eslabón fundamental para que las comunidades evangélicas lograran arraigarse en el país; la educación como la expresión de un pensamiento moderno, que les vinculó con el pensamiento liberal de nuestro tiempo.

Sin embargo, habría que considerar que esta línea de investigación, si bien abrió un camino prácticamente inexplorado sobre el estudio de lo que Bastian refería como la compresión de las minorías religiosas activas –concepto acuñado por Sergé Moscovici–, también, en cierta medida, nubló el conocimiento y la comprensión de otros elementos utilizados por las comunidades evangélicas para extender su ideología, tal es el caso de lo que podríamos llamar como un proyecto dirigido al cuidado y restablecimiento de la salud de los mexicanos. Por ello, no dejamos de creer que tal programa contiene toda una red simbólica que, por sí misma, permite comprender una diversidad de rostros paralelos a los estudios realizados sobre el protestantismo en México.

⁶ *Ibid.*, p. 161.

Probablemente fue, en 1877, cuando se publicó el primer artículo dedicado explícitamente a promover la higiene en el mexicano.⁷ Parece que, aunque con un lento desarrollo, la década de los ochenta será el periodo de desarrollo formal de un proyecto para la salud que incidirá en varios ámbitos de la vida en México.

Para finales de los años ochenta se da una difusión sobre diversas prácticas dedicadas a conservar la salud e inscritas en la dietética o en la medicina doméstica, entre otras. Se crearon, también, dispensarios y sanatorios. Leví Salmans, médico estadounidense radicado en Guanajuato desde el último tercio del siglo XIX, fue un sólido difusor de la ideología de la temperancia y, al mismo el representante médico de mayor peso entre las comunidades evangélicas; creó el sanatorio El Buen Samaritano en 1891 y en él se desarrollaron múltiples terapéuticas, tales como: hidroterapia o electroterapia, entre otras.

Por lo anterior creemos, junto a Jean Bauberót, que la obra del protestantismo siempre ha estado vinculada al trabajo educativo, socioeconómico y al médico.⁸ En México, basta un acercamiento relativamente superficial a la prensa evangélica del México porfiriano, principalmente *El Faro* y *El Abogado Cristiano Ilustrado*, para darnos cuenta de la promoción que las comunidades Presbiteriana y Metodista, principalmente, hicieron sobre los cuidados higiénicos y las prácticas que buscaban restablecer la salud.

Por otro lado, a diferencia de los estudios sobre protestantismo en México, los relativos a la historia de la medicina en México no han seguido una línea o proyecto intelectual homogéneo; sin embargo, la literatura a la que accedimos indica que las investigaciones, si bien con distinto enfoque teórico, han perfilado su atención y comprensión a lo que podríamos denominar como la historia de la medicina vinculada al Estado. Según nuestro rastreo ha sido la clínica, la higiene, la medicina legal, la salud

⁷ "La Limpieza", *La Antorcha Evangélica*, núm. 3, 3 de junio de 1877, s/p.

⁸ Jean Bauberót, "Protestantismo", en Jean Delumeau, *El hecho religioso*, México, Siglo XXI, 1997.

pública, la creación de instituciones médicas, actores implicados en la institucionalización de la medicina, estudios estadísticos sobre las enfermedades, o los establecimientos para la enseñanza de la medicina, los tópicos que han guiado los estudios sobre esta.

Y si bien es cierto que, este tipo de estudios han sido necesarios para explicar y comprender los procesos de institucionalización y laicidad de la medicina en México, así como el lugar de los actores, escenarios y el tipo de representación que se tuvo sobre la salud y la enfermedad desde la medicina institucional, lo es también el hecho de que se ha soslayado que en el México porfiriano y revolucionario existieron comunidades minoritarias, como la protestante, que tuvieron médicos, crearon espacios de intervención y sostuvieron sus propias ideas sobre la salud y la enfermedad. En definitiva, se ha pasado por alto que la comunidad protestante mantuvo un proyecto dirigido al cuidado y restablecimiento de la salud en el mexicano. Por lo tanto, no se parte de la idea de que las comunidades presbiteriana y metodista recomendaban la oración y la sola fe en Dios para lograr la salud; tales comunidades, al favorecer el conocimiento científico, promovieron un proyecto más vinculado a las ideas y actividades de la medicina científica que a las de corte teológico.

En este terreno habría que reconocer que, en efecto, una de las particularidades de las comunidades evangélicas, en el periodo propuesto para su estudio, consiste en el tipo de vínculo que establecen con la ciencia en general y con la medicina en particular.

Con el cambio de la teoría miasmática y humoral a la de los microbios patógenos y de las defensas orgánicas a finales de los años setenta del siglo XIX en México,⁹ los médicos evangelistas encontraron cobijo y nuevas formas de interpretar la enfermedad y la salud. Contemporáneos de Eduardo Liceaga, Rafael Lavista, Ramírez Arellano, Miguel

⁹ Roberto Kretschmer, "La medicina institucional en México: una perspectiva histórica", en Hugo Aréchiga, Luis Benitez, *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica / Conaculta, 2000.

Otero, Roque Macouzet, Máximo Silva, entre otros, los médicos Leví Salmans, Petra Toral, o Pablo del Río Zumaya, solo por nombrar algunos, promovieron un tipo de medicina hospitalaria, de dispensario e higiénica acorde a los descubrimientos del momento, de ahí que podían realizar cirugías mayores o menores; utilizar la farmacéutica (alopática u homeopática) o incluso técnicas menos invasivas como la hidroterapia o electroterapia y, por supuesto, recomendar el cultivo del ejercicio físico o de una dieta vegetariana.

Es cierto que con los avances teórico-conceptuales, instrumentales y metodológicos de la medicina producidos en el siglo XIX mexicano se creó, a principios del siglo XX, una serie de instituciones fundamentales para el país, tales como: el Hospital General de México, el Manicomio La Castañeda o el Instituto de Higiene; pero también lo es el hecho de que su establecimiento se vio acompañado de dispensarios evangélicos en lugares donde aún no había ni hospitales, y de sanatorios como El Buen Samaritano y La Luz.¹⁰

Por ello, esta investigación está consagrada a la explicación de tres aspectos constitutivos del programa salubre promovido por la comunidad evangélica: la diagnosis, intervención sobre la enfermedad y promoción de los medicamentos en la prensa evangélica. Se trata de mostrar un mínimo panorama sobre las prácticas a las que la comunidad evangélica, presbiteriana y metodista principalmente, recurrió para ofrecer un servicio dedicado a la salud. El periodo de trabajo va de 1880 a 1910; está justificado solo por el hecho de que tales comunidades evangélicas y su programa de salud tuvieron un auge y crecimiento interesante durante este tiempo y, por ello, es aquí donde se encuentra la información que da cuenta de las prácticas que usaron para diagnosticar e intervenir con cirugía y medicamentos entre los mexicanos.

Finalmente, el tratamiento que decidimos darle al objetivo de este trabajo consiste, básicamente en, el desarrollo de dos apartados; en el

¹⁰ Leví Salmans, *La Obra médica Evangelista*, Guanajuato, La Salud, 1919.

primero de ellos se discute sobre las prácticas e instrumentales diagnósticos y de intervención vinculados a una concepción particular sobre la enfermedad; y en el segundo, la promoción de medicamentos presentes en la prensa evangélica.

Diagnosis e intervención

Como en la medicina laica, en la evangélica también existió el momento diagnóstico. El tiempo de la puesta en marcha de la observación, de la mirada sobre el cuerpo, del tacto y escucha sobre la piel, en efecto, el determinante de la intervención estuvo siempre en la calidad diagnóstica. Por ello tuvieron que ser puntuales con esta. Utilizar al cuerpo, mirar sus tonalidades o resequeadas. Hacer de él un objeto transparente, lúcido, liberarlo del silencio, obligarlo a hablar ahí donde lo único que había era dolor; forzar “su decir” para la enunciación de la carencia o el exceso. Por lo tanto, tuvieron que ser precisos en la lectura del cuerpo porque los síntomas son “intimaciones que la naturaleza nos da...”¹¹ Notificación venida de un desamparo, de un olvido que interpela una denuncia. Por ello la precaución y la necesidad de lectura sutil. Misma que fue proporcionada por el instrumental médico-moderno existente en el Sanatorio de El Buen Samaritano. Solo una década después de haberse inventado la fluoroscopia, los médicos evangélicos realizaron exámenes de este tipo para los casos, por ejemplo, de fracturas.

Se trató entonces de observar, de afilar la mirada para comprender, para realizar el movimiento que va de la observación al tacto, de la explicación a la comprensión para luego intervenir. Porque al igual que cualquier médico moderno, el evangélico también requirió del ojo como el primer sentido que permitió la objetivación del padecimiento,

¹¹ Leví Salmans, “Curando dolores de cabeza con agua”, en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 6, enero 1909, p. 22.

ya fuese una pierna rota o una mano fisurada. Por ello hubo que comprender puntualmente qué eran y cómo funcionaban los aparatos diagnósticos. Los rayos X, por ejemplo, no sirven para “mirar el interior del cuerpo” se afirmó en la revista *El Buen Samaritano*, porque no se ve el interior del cuerpo con esa luz”.¹² El médico —explicó la revista— mira en el interior del fluoroscopio:

que es una cajita de hierro. En el fondo de la cajita hay una tela que se ilumina por una fluorescencia producida por este rayo. El rayo está al otro lado de la pierna y al pasar por ella se haya impedido más por huesos que por los músculos y fluoresce menos la tela por detrás de los huesos que por detrás de los músculos, o en otras palabras, los huesos dan una sombra más negra en la tela que los músculos. De manera que estar mirando dentro de la pierna, el doctor está mirando la silueta o sombra de los huesos en la tela referida. Casi da el mismo resultado que ver el interior de la pierna, porque, si el hueso fracturado se ha unido bien, se distingue la sombra perfecta y si hubo desviación y un hueso se sobrepuso al otro, también se ve claramente en la sombra.¹³

Fue evidente la necesidad de comprender el instrumental diagnóstico, “el uso diagnóstico del rayo X es de inmenso valor aún, pero es necesario que tanto el paciente como el doctor entiendan algo del asunto”; se buscó lograr una comprensión mutua; de no excluir al paciente en su proceso y comprensión de los tratamientos médicos pero también de perfeccionar el ojo del médico, de evitar engaños. Saber distinguir el dato producido entre la luz y la sombra. Descifrar la silueta que el cuerpo vuelto objeto indicó. Ya no se trató de indagar sobre la piel, sino de

¹² Leví Salmans, “El Rayo X”, en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 8, abril de 1909, p. 29.

¹³ *Idem.*

descifrar, acaso de interpretar, el recorrido de un hueso hecho silueta, de un hueso visto en la sombra, diagnosticar en estos términos, implica no una acción sobre el cuerpo, sino sobre un correlato de él; esta es sin duda una habilidad propia de los descubrimientos modernos, incorporada a las prácticas de los médicos evangélicos: explicar al cuerpo observando algo que solo es una expresión de él.

Pero el instrumental diagnóstico aglutinó algo más que los exámenes fluoroscópicos. En 1909 el Buen Samaritano contó con su propio laboratorio “el cual hemos equipado con los aparatos necesarios para el examen cuantitativo y microscópico de los componentes de la orina, de los corpúsculos y hemoglobina de sangre, del contenido de los espútos y para el estudio bacteriológico y patológico de los tejidos atacados por alguna enfermedad”.¹⁴

Contaron con diversos equipos para llevar a cabo los análisis. Leví Salmans comentó que, cuando se trató de hacer análisis respecto a la excreción de los riñones utilizó el Ureómetro del doctor Doremus; “y haciendo uso del procedimiento de fermentación y valiéndonos del sacchrómetro de Einhern determinamos la cantidad de azúcar en los casos en que esta tiene un producto anormal”.¹⁵

También existieron tres aparatos que, coordinados, fueron excelentes apoyos en las prescripciones. Se contó con un Gabinete químico para analizar la orina, un centrifugo de laboratorio “movido por un motor de agua que es capaz de precipitar en cinco minutos cualquiera sustancia que se encuentre en suspensión en un líquido cualquiera”¹⁶ y un microscopio de alta potencia:

¹⁴ Leví Salmans, “El departamento de química, urianálisis y microscopía en la Casa de Salud de ‘El Buen Samaritano’ Guanajuato”, *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 12, julio de 1909, , p. 48.

¹⁵ Leví Salmans, “El departamento de química, urianálisis y microscopía en la Casa de Salud de ‘El Buen Samaritano’ Guanajuato”, *op. cit.*

¹⁶ *Idem.*

Importado directamente de la afamada Casa de Beck en Londres, aparato cuyas multiplicaciones alcanzan a cerca de un millón y medio de veces. Además tenemos todos los accesorios indispensables como los colores más usados para teñir, y micrótopo para hacer los cortes de los tejidos sumamente delgados para su mejor examen. De esta manera hemos dedicado especial atención a la bacteriología y así podemos prestar las mayores garantías en el servicio científico de este departamento.¹⁷

Lo que nos indica que requerido el momento, los médicos de *El Buen Samaritano* tuvieron a la mano los instrumentos necesarios para mapear parcialmente la constitución química del actor y por lo tanto la habilidad de “leer el fenómeno”.

Se usó la centrifugadora de laboratorio; una máquina especial utilizada para separar el líquido de la orina de sus componentes sólidos, que podían ser minerales o glóbulos sanguíneos. Después, el material sólido se observó utilizando el microscopio de alta potencia. Hubo, no quepa duda, una necesidad de explicar una lógica del olor, del aspecto y la densidad de un líquido que reveló; encontrar ya no el sentido, sino el origen de padeceres desconcertantes, que afligieron al que lo vivió. Descifrar una gramática oculta a la simple observación corporal a través de una práctica de develamiento, es decir, de un hacer que va en busca de una geografía y gramática disimuladas por un velo. Formas de desciframiento corporal cuyo origen solo puede encontrarse en la ciencia moderna. Aprendieron, en suma, las reglas de la práctica médico-científica. Por lo tanto, como cualquier médico, los evangélicos disciplinaron su mirada, clasificaron y sistematizaron conocimientos; aprendieron a diferenciar lo natural de lo patológico, a encontrar la coherencia del decir sintomatológico.

¹⁷ *Idem.*

Los pacientes de Leví generalmente padecieron, entre otras cosas, de dolores de cabeza. Pero los más recurrentes eran cuatro, por lo tanto, había que entender las rutas de llegada al dolor, “desarrollar una escucha atenta”:

El primero provenía de una congestión que se conoce por la presencia de mucha sangre en el rostro haciéndole parecer muy rojo y las arterias punzantes. Siendo la cabeza muy llena e hinchada. [...] Segundo, fijémonos en los dolores de cabeza procedentes de causas tóxicas generalmente ocasionadas por el mal estado del estómago o de los intestinos. [...] El dolor neurasténico es la tercera clase que consideramos. Este es más frecuente en las personas de ocupaciones intelectuales o que sufren muchas aflicciones, y le caracteriza una presión en el cerebro o encima de la cabeza. Y a veces el enfermo dice que siente como si tuviera una tensa venda alrededor de la cabeza. [...] Por último, consideramos la migraña o jaqueca o sea dolor bilioso de cabeza. Muchas veces la causa es la fatiga excesiva, los errores dietéticos o la falta de aire fresco (ventilación) o ejercicio.¹⁸

Lo anterior revela la necesidad de conocer la singularidad del paciente. Indagar no solo en los indicios del cuerpo, también en sus huellas histórico-dietética, laboral y personal. Es cierto eso que Leví mencionó respecto a que era más interesante conocer a los pacientes que a las teorías, pero no lo es menos el hecho de que un mínimo de conocimiento teórico les permitió el desvelamiento del otro. Una herencia que capacitó y que se reconfiguró –debe suceder– en el encuentro con la otredad. La importancia del diagnóstico preciso y del reconocimiento de lo inédito, de lo inaprensible por la tradición, permite la creación de nuevas hermenéuticas y habilidades para encarar ese momento oscuro perteneciente a la sintomatología. Hubo que generar ensayos, maneras

¹⁸ *Idem.*

de hacer, que permitieran la fabricación de una medicina cercana en el re-conocimiento del sufriente: “El doctor prefiere siempre para su paciente aquello que mejor resultado le da, y que a la vez le molesta menos”.¹⁹ Por ello, se examinaron rutas y usaron maneras insospechadas, incluso ridículas a los ojos de los “expertos”. De esa fina lectura de los dolores de cabeza se desprendieron varias prácticas, lugares de reconocimiento en torno a la debilidad del síntoma que no fue otra cosa que el reconocimiento del origen patológico. Una inconsistencia vinculada al virus, bacteria o microbio, pero no reducida a él. La fragilidad está dada por el espacio de producción, no por lo producido. Por ello el trabajo terapéutico no se dirigió a la eliminación del microorganismo, sino a la creación de un medio ambiente funcional, dinámico, que diera como resultado la eliminación de este. Leví Salmans gustó de metaforizar la relación entre el paciente y la enfermedad con el quehacer del maquinista con respecto a la descompostura de la locomotora:

así como el maquinista de la locomotora se detiene en el camino para hacer compostura mejor que llevar el riesgo de descarrilamiento, nosotros debemos tomarnos la molestia de curar la cabeza antes de que todo el cuerpo fracase en la salud. Lo primero que hace el maquinista es buscar la causa del mal en su locomotora. Qué estúpido sería, si en lugar de detenerse a buscar la causa, solo echara una llave de tuercas y un aceitero encima de la máquina o dentro de ella.²⁰

Fijémonos en la importancia que Leví dio al origen del padecimiento. Se trató de hacer un paro sobre la marcha del diario vivir para reconocer el principio de la disfuncionalidad corporal.

¹⁹ Leví Salmans, “Nuestro programa”, en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 1, agosto de 1908, p. 1.

²⁰ Leví Salmans, “Curando dolores de cabeza con agua”, *op. cit.*

Encontrados los orígenes del intersticio, de ese momento oscuro por el que transitó en soledad el cuerpo sufriente, se procedió a la intervención. Para esto, los recursos que utilizaron las comunidades evangélicas fueron diversos. Desde el uso de la herbolaria mexicana y la homeopatía, hasta el uso de la farmacéutica más moderna. Por ejemplo, ya lo hemos señalado, los presbiterianos ensayaron una triple labor: pastorear, educar y sanar. En el terreno dedicado a la restitución de la salud:

prescribían las pócimas de flores cordiales para los que sufrían ataques y el famoso bromural, el aceite de ricino para los ‘empachados’ (enterocolitis), las purgas con aceite y epazote para las lombrices, para los golpes y ‘moretones’ las pomadas con Belladona, etc. Aparecieron los globulitos homeopáticos y muchos procuraron tener su guía de enfermedades descritas por síntomas y la indicación de los globulitos apropiados y por supuesto en su equipaje no faltaba el botiquín homeopático, así bregaron los Pbro. Francisco y Eliseo Vásquez en los campos rurales en Oaxaca, D. F. y Edo. de México, Don Arquimedes Martínez por los campos del norte y aún don Eleazar Z. Pérez con los proletarios presbiterianos de las colonias del D. F. También don Manuel Monjarráz en su labor de colporteur y pastor también desempeñó esta triple profesión en la región de Misantla, Córdoba, Tierra Blanca lugares veracruzanos. Puestas estas curaciones en las manos divinas del Creador muchos presbiterianos sanaron de las enfermedades del cuerpo.²¹

Ahí, hay que señalarlo, hubo una toma de posición que los evangélicos tuvieron en lo que respecta al uso de la homeopatía en el último tercio del siglo XIX y, primeras décadas del XX cuando ya había toda una discusión sobre qué tipo de medicina ofrecía mejores frutos: la homeopática o alopática. Es un hecho que para finales del siglo la mayoría de los

²¹ Comité Pro-Centenario, México, Escuela Presbiteriana Panamericana, 1973, p. 804.

médicos prefirieron el uso de la segunda; en general se creyó que la homeopatía pertenecía al mundo de la fe, mientras que la última al mundo de la razón.²² Se creyó que la homeopatía, ante sus “falsedades”, debía ser olvidada.²³ Sin embargo y a pesar de las críticas, algunos evangélicos no solo practicaron la homeopatía, también la promovieron algún tiempo en sus publicaciones; por ejemplo, en *El Abogado Cristiano Ilustrado* se promocionó el consultorio homeopático del doctor Enrique Hernández y Ortiz, el anuncio rezó:

AVISO

Enrique Hernández y Ortiz
Profesor de Medicina Homeopática
Consultas de 6 a 8 A. M. y de 1 a 3 P. M.
Apartado postal núm. 513.- México
Nuestra cartilla Homeopática para
uso doméstico, ya está a la venta
en nuestro Consultorio.
Precio 25 centavos.²⁴

Incluso, diez y siete años después, el anuncio recurrió al slogan: “ENFERMOS que no hayan podido aliviarse deben VER o ESCRIBIR inmediatamente al doctor ENRIQUE HERNÁNDEZ ORTIZ”;²⁵ incluyendo en el mismo, el testimonio de un paciente:

²² Antonio Palmero, *¿Qué sistema de curación debo adoptar, la Homeopatía, la Dosimetría o la Alopátia?*, México, Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos, Tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Escuela Nacional de Medicina, 1895.

²³ Facundo Ramos, *Paralelo entre la medicina racional y la homeopática*, Tesis de Medicina y Cirugía, Escuela Nacional de Medicina, México, Imprenta Ignacio Cumplido, 1872.

²⁴ “Aviso”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 1215 de junio de 1893, p. 103.

²⁵ s/a., “ENFERMOS”, *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XXXIV, núm. 16 de enero de 1910, p. 4.

El Portador de la presente, Sr. Amador Estrada, habiendo visto los maravillosos resultados obtenidos con sus específicos en la persona de la Señora mi mamá, se resolvió a llevar a esa Capital a su esposa a fin de que la cure Ud. de una enfermedad que otros médicos no han podido curarla, por lo que me permito recomendarla a Usted. No me cansaré de ponderar la eficacia de sus acreditados remedios, a mis amigos.²⁶

Por otro lado, en sus recorridos por toda la parte sur del país, tanto J. N. Elliott como José Coffin procuraron llevar consigo un botiquín de primero auxilios, en donde probablemente también incluyeron recursos homeopáticos. El comité pro-centenario escribió que en su informe de campo el reverendo José Coffin tuvo diversas experiencias en donde hizo uso de este servicio “médico”:

se acercó a una casa para comprar alimentos, pero el Sr. indicó que no venderían ni tampoco regalarían alimento, que no tenían tiempo para personas extrañas. Oyendo gemidos, el Sr. Coffin descubrió que la esposa del señor había quemado su pie seriamente con manteca caliente hacía algunos días y estaba sufriendo mucho. Inmediatamente trató la herida y siguió su camino. Al pasar por allá en un viaje posterior con el señor Elliott fueron recibidos con gran gozo y la señora indicó que la medicina que había dejado el Sr. Coffin había sanado el pie completamente.²⁷

Aunque, como podemos ver, es innegable que la herbolaria y homeopatía fueron utilizadas por los presbiterianos, en realidad, el modelo que predominó entre ellos fue el de la medicina ortodoxa y el desarrollado por la farmacéutica moderna. A menudo se lee que en los dispensarios

²⁶ *Idem.*

²⁷ Comité Pro-centenario, *op. cit.*, p. 806.

presbiterianos después de establecido un diagnóstico se procedió al uso de la cirugía: “se reportó dos operaciones en el mismo dispensario, los enfermos fueron aislados allí mismo hasta su completo restablecimiento”,²⁸ o al uso de fármacos: en general había encargados de “despachar las medicinas [...] y con beneplácito se cooperaban regalando medicinas, médicos y farmacias en la ciudad. Ahí se combatió la uncinariaci epidémica, paludismo, disentería, sífilis, varicela y viruela, etc. Millares de gentes recibieron curación y el Evangelio Cristiano”.²⁹ Todo parece indicar que fueron las farmacéuticas estadounidenses y mexicanas quienes donaron los medicamentos a esta comunidad, fue el caso de Veracruz, por ejemplo, en donde las farmacéuticas mexicanas dispensaron medicamentos a un Centro médico presbiteriano.³⁰ Incluso, además de establecer las farmacias junto a los dispensarios presbiterianos, el farmacéutico cubano Joaquín Mirabal Lausan usó de la Botica Lister, en donde, probablemente, además de surtir medicamentos de patente, se prepararon medicamentos *ad hoc* al paciente, usando morteros, probetas, frascos especiales, entre otros.

Previo al cierre del siglo XIX, los médicos metodistas también tuvieron como base el uso de los fármacos y la cirugía, sin duda que ambas denominaciones creyeron que estas últimas vivieron grandes progresos con el transcurso del tiempo y por ello fueron promotores de estos tipos de terapéutica. El número de medicamentos recetados y cirugías practicadas por los médicos metodistas fue notable: de 1892 a 1898 se realizaron aproximadamente 850 operaciones quirúrgicas y recetaron más de 67 mil medicamentos. De 1901 a 1908 se realizaron más de 700 cirugías mayores y más de 1,600 menores y se suministraron 123 mil medicamentos aproximadamente.³¹

²⁸ *Ibid.*, p. 807.

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem.*

³¹ Levi Salmans, en “Nuestro cuadro”, *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 7, febrero de 1909, p. 28.

Nadie puede negar la apropiación del lenguaje y prácticas científicas que los médicos evangélicos hicieron. Ahí hay una sustitución que va de la hermenéutica bíblica y la oración, en otrora usada para la cura del cuerpo, al uso del bisturí y la anestesia. Traslación que, en definitiva, habla más de una práctica del hacer que una práctica del decir.

Estamos frente a la reconfiguración de una práctica de tipo espiritual, que ante los avances y embates de los tiempos modernos se debió reconstruir; configurar los elementos necesarios para la creación inédita de una ruta en la que la fe pudiera transitar. El decir de Dios, tuvo que pasar por el bisturí. Sin embargo, debe quedar claro que no hubo ahí una traición a la fe, al contrario, para no morir, la fe se replanteó en los términos que la temporo-espacialidad presentó. Hubo, por lo tanto, una “fabricación práctica” de la fe.

De medicinas y farmacéuticas en *El Abogado Cristiano Ilustrado* y *El Faro*

El siglo XIX fue, entre otras cosas, la entrada al mundo del medicamento químico y con él, la producción inédita de prácticas relativas a la curación. La creación moderna de medicamentos implicó un interesante cambio en la subjetividad de los actores en donde el cuerpo, tanto su enfermar como su sanar, fue el eje estructural de tal reposicionamiento. El significado de enfermar y sanar estuvo sujeto a una dinámica desconocida hasta entonces. La producción del medicamento durante este siglo generó una desimplicación del sujeto con respecto a su propio proceso de crisis, porque si los hábitos de vida estuvieron implicados en la enfermedad y en la restitución de la salud, con el descubrimiento del medicamento químico y, la disolución del síntoma, estos pasaron a un segundo plano. Hubo en ese descubrimiento la seducción por una práctica de indiferencia en torno al estilo de vida y la ponderación del placer que supuso la desaparición del síntoma como si con ello se

desvaneciera el origen del padecer. Muy probablemente fue este cambio en la red simbólica del actor cultural lo que permitió el establecimiento de las industrias farmacéuticas en diversas partes del mundo, tal es el caso de Alemania, Inglaterra, Suiza, Francia y Estados Unidos.

En México, la práctica anterior llegó a partir de la segunda mitad del siglo XIX procedente de Europa y Estados Unidos.³² Antes de que se produjera el boom del medicamento químico, en la última parte del siglo XIX la producción de medicamentos apostó sus reales en la extracción de las propiedades de plantas medicinales, digamos que se practicó una especie de herbolaria moderna: el uso de tisanas, infusiones o cataplasmas tuvo su traducción moderna a plantas hechas pomadas, píldoras, jarabes para luego ser depositadas en botes, frascos o tubos. Una traducción que implicó una reconfiguración (subjética y fáctica) de los tiempos de preparación e ingesta del medicamento y, por lo tanto, de la posible eliminación del síntoma. Muy probablemente los consumidores partidarios de la nueva práctica encontraron más provechoso destapar un tubo y tomar cierta dosis de píldoras durante ciertos días, por ejemplo, de árnica, que conseguir la planta, prepararla y luego, durante cierto tiempo, colocarla sobre el cuerpo como cataplasma durante varios días.

Ya por convicción, ya por necesidad, fueron muchas las publicaciones periódicas las que se adhirieron a esta nueva forma de ensayar la curación. Las publicaciones evangélicas no estuvieron fuera de este momento práctico. En *El Abogado Cristiano Ilustrado* se promovieron algunos medicamentos provenientes de las empresas químico-farmacéuticas estadounidenses desde el último tercio del siglo XIX hasta las primeras décadas del XX.

³² Rogelio Godínez, "Los primeros medicamentos en México", *Boletín de la Sociedad Química de México*, vol. 6, núm. 1, 2012, p. 8. www.bsqm.org.mx/PDFS/V6/N1/02.-%20Godinez%20Medicamentos.pdf

La *Emulsión de Scott* fue considerada un medicamento constituido de aceite puro de hígado de Bacalao. En realidad, este no fue un medicamento originario de Estados Unidos. La extracción del hígado de bacalao fue una práctica cultivada por los países del norte de Europa desde el siglo XVIII; ahí fue utilizado para restablecer la salud y calmar dolores. Su fabricación no radicó en otra cosa que en extraer el hígado para luego depositarlo durante un tiempo en barriles. De ahí se pasó a una aplicación de calor para la extracción del aceite y finalmente consumirlo.

Largo tiempo pasó para que el producto fuera de interés para los médicos europeos y llegara a los Estados Unidos. Sin embargo, la promoción y propagación en América de este producto no se le debe a los médicos sino a dos comerciantes: Alfred B. Scott y Samuel Bowne, quienes siendo socios comenzaron a promocionar desde Nueva York el aceite de bacalao. Diane Wendt menciona que la diferencia del producto de Scott & Bowne radicó básicamente en que su olor y sabor fuera menos desagradable.³³

Probablemente, la expansión y consumo del *Scott Emulsion* en diversos países de América se debe más a la gran publicidad que realizaron sus productores, que a la eficacia del aceite. Scott & Bowne fue la primera empresa química que utilizó el realismo como medio de promoción de un medicamento, ya que justo la imagen que promovieron del pescador cargando en su espalda a un Bacalao fue real. Según Wendt, en uno de sus viajes a Noruega (país de donde era originario el bacalao de Scott & Bowne), Scott vio a un pescador capturar un bacalao de muy buen tamaño y contó con la fortuna de poder conseguir a un fotógrafo que fijara tal escena, de modo que para 1884 la imagen del pescador se volvió parte fundamental de su publicidad.

³³ Diane Wendt, "The Man with a Fish on His Back: Science, Romance, and Repugnance in the Selling of Cod-Liver Oil", en *Chemical Heritage Magazine*, vol. 28, núm. 1, 2010. www.chemheritage.org/discover/media/magazine/articles/28-1-the-man-with-a-fish-on-his-back.aspx

El hombre se inclina hacia adelante, mira hacia fuera por debajo del ala de su sombrero, sus piernas aguantando el peso de su carga. Una gruesa cuerda envuelta alrededor de su cintura, los hombros y las manos aseguran la carga sobre su espalda: un enorme pez con la boca abierta y los ojos vidriosos de color amarillo, con la cola barriendo el suelo. Un bacalao común, el *Gadus Morhua* es reconocible por las manchas marrones y ámbar en su cuerpo, la franja de luz hacia abajo y las tres aletas dorsales. El hombre tiene unos rasgos de identidad, pero las palabras SCOTT EMULSION aparecen a lo largo del borde de su chaqueta. En 1900 “el hombre con el pescado” era famoso. Su imagen fue grabada en un sinnúmero de cajas y botellas de una preparación de aceite de hígado de bacalao; impresa a todo color en las tarjetas comerciales de publicidad, folletos y carteles distribuidos en todo el mundo. El grabado también fue pintado en un edificio de Manhattan.³⁴

Otro de los grandes secretos de la publicidad de Scott & Bowne radicó en que fue la primera que mostró las sustancias constitutivas de su producto, práctica poco común en el último tercio del siglo XIX: “Emulsión de Scott de aceite puro de hígado de Bacalao con hipofosfitos de cal y de sosa”. Fue justo a la eficacia del medicamento y a la originalidad de su propaganda que para 1890 la empresa Scott & Bowne tuvo fábricas en Canadá, Inglaterra, España, Portugal, Italia y Francia, quien ya anunciaba su producto “en todo el continente americano, Europa y Asia”.³⁵

En México, el hígado de bacalao se promovió desde 1884 a través del Vino del Doctor Vivien³⁶ y de la marca Defresne.³⁷ En general, su uso se promovió en casos de enfermedades pulmonares o de debilidad

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

³⁶ “Vino del Doctor Vivien”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 6, 27 de enero 1884, p. 4.

³⁷ “Aceite de hígado de Bacalao pancreático”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 6, 27 de enero 1884, p. 4.

corporal. Para la última década del siglo XIX y primera del XX, el *Periódico Oficial*, *El Nacional*, *El Partido Liberal*, *El Demócrata*, *El Diario del Hogar*, *El Siglo Diez y Nueve*, *La Voz de México*, y *El Abogado Cristiano Ilustrado* tuvieron negociaciones con la empresa química Scott & Bowne para la promoción del medicamento, mismo que se encontró “De venta en todas las boticas, droguerías y farmacias”³⁸ y se recomendó para diversos padecimientos, tales como: “tisis, escrófula, anemia, raquitis, debilidad general y todas las enfermedades extenuantes tanto en niños como en adultos”,³⁹ prometiendo su cura radical.⁴⁰

Otra de las empresas químico-farmacéuticas que se estableció en México con ayuda de la publicación metodista *El Abogado Cristiano Ilustrado* fue la J. C. Ayer & Ca., mejor conocida por la venta del medicamento “Zarzaparrilla del Dr. Ayer”. Bastan algunas horas de investigación en la red virtual para saber que el doctor Ayer no fue una invención publicitaria, existió en realidad.

La vida de James Cook Ayer transcurrió de 1818 a 1878. Cuenta la historia que este fue uno de los productores más importantes de Estados Unidos respecto a la medicina de patente durante el siglo XIX. Ayer, siempre residió en Lowell, Massachusetts, fue ahí, por lo tanto, donde estableció su empresa. DickH menciona que la constante de esta empresa fue hacer “medicamentos naturales, hechos a partir de plantas y minerales pasados por los mismos procedimientos que cualquier medicamento de su época”.⁴¹ El primer producto con el que el doctor Ayer ingresó al mundo de la venta de medicamentos fue el Pectoral de Cereza, desarrollado desde 1843, aunque promovido por los metodistas

³⁸ “Emulsión de Scott”, en *Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XIV, núm. 31 de febrero 1880, p. 24.

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ DickH, “J.C. Ayer & Co. and the Civil War”, 24 de octubre de 2011. www.lowellhistoricalsociety.org/blog/2011/10/24/lhs-presentation-j-c-ayer-co-and-the-civil-war/

a partir de 1893,⁴² junto a otras publicaciones periódicas, tales como: *La Lira Michoacana* y *El Foro*. Tal producto buscó curar resfriados, tos, bronquitis, mal de garganta, romadizo y tisis; y su eslogan fue: “Pronto en obrar y seguro en curar”.⁴³

A modo de ser justos, no fueron los metodistas quienes originalmente abrieron la puerta para la expansión de la compañía del doctor Ayer en México. Desde 1884 la publicación de *El Socialista* dedicó una página entera a la promoción de medicamentos que de, algún modo, contribuyeron a que las familias mexicanas tuvieran su propio botiquín en casa. Si bien no se hizo explícito, fue un hecho que la propaganda de medicamentos caseros promovió una especie de autodiagnos que, más que eliminar el origen del síntoma, promovió su sola desaparición. Práctica de salud que, aunque remedial, también obligó al actor a concientizar una sintomatología. Justo en esta oferta de medicamentos caseros estuvieron presentes “El Pectoral de Cereza del Dr. Ayer”,⁴⁴ así como “Las Píldoras Catárticas del Dr. Ayer”, “Remedio del Dr. Ayer para las calenturas”, y el “Vigor del Cabello del Dr. Ayer”.⁴⁵

En 1853, Ayer desarrolló las “Píldoras Catárticas” que no fueron otra cosa que un laxante, aunque según DickH, mucho más potentes que los laxantes de hoy en día.⁴⁶ Antes que la publicación metodista promoviera “Las Píldoras”, otros periódicos lo hicieron: *El Correo Español* anunció desde 1890 el producto, lo mismo que *El Mundo*. En ese año también las promovió *El Siglo Diez y Nueve* afirmando que

⁴² “Pectoral de Cereza del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, 15 de septiembre 1893, t. XVII, núm. 18, p. 160.

⁴³ “Pectoral de Cereza del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, op. cit.

⁴⁴ “Pectoral de Cereza del Dr. Ayer”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 6, 27 de enero 1884, p. 4.

⁴⁵ “Las Píldoras Catárticas del Dr. Ayer”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 39, 12 de junio 1884, p. 4. “Remedio del Dr. Ayer para las calenturas”, *El Socialista*, t. XIV, núm. 39, 12 de junio 1884, p. 4 y “Vigor del Cabello del Dr. Ayer”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 39, 12 de junio 1884, p. 4.

⁴⁶ “Píldoras del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 15, 1 de agosto 1893, p. 136.

“Es la mejor medicina para las familias”;⁴⁷ poco después se incorporó a la propaganda *La Lira Michoacana*. La publicidad fue dirigida para todos aquellos que sufrieron de estreñimiento, dolor de cabeza, dispepsia, ictericia, mal de hígado o de bilis. Su eslogan fue: “Segura, eficaz y agradable”.

En 1858 el doctor James Ayer sacó a la venta su Zarzaparrilla, un medicamento muy promocionado y con diversas posturas sobre su eficacia. Según DickH: “no funcionó”;⁴⁸ pero en 1894 el periódico mexicano *El Comercio de Morelia* afirmó lo contrario:

Una de las razones más conocidas en el comercio es la del Dr. J. C. Ayer y Cía. cuyas medicinas caceras han conquistado un nombre en todo el mundo civilizado. De todas las preparaciones semejantes la Zarzaparrilla del doctor Ayer ha sido la única escogida y autorizada para exhibirse en la Exposición Universal Colombina de Chicago [...] Es casi ocioso recordar a los lectores de este periódico, que el extracto compuesto de Zarzaparrilla del Dr. Ayer ha sido considerado desde mucho tiempo uno de los mejores depurativos de la sangre y tónico a la vez, cuyas virtudes se manifiestan muy principalmente en la cura de la escrófula y de las varias enfermedades cutáneas [...] como también en la reconstitución y vigorización del sistema debilitado, bien por enfermedades, bien por edad, o por excesivo trabajo.⁴⁹

Con todo y los desacuerdos, su eslogan garantizó: “Ha curado a otros, le curará a usted”.⁵⁰ La propaganda estuvo dirigida para quienes pade-

⁴⁷ “Píldoras catárticas del Dr. Ayer”, en *El Siglo Diez y Nueve*, t. 103, núm. 16,535, 1, de febrero 1893, p. 4.

⁴⁸ DickH, *op. cit.*

⁴⁹ s/a., “El primer premio”, en *El Comercio de Morelia*, t. 2, núm. 14, 18 de mayo 1894, pp. 1-2.

⁵⁰ *Idem.*

cieron de digestión deficiente, debilidad general y deficiencia hepática.⁵¹ En 1893, además de la publicación metodista, *La Patria Ilustrada* también promocionó la Zarpaparrilla afirmando que: “Fortalece a los débiles”.⁵² *La Lira Michoacana* también la anunció, pero con *La Voz de México* se produjo algo inédito, se recurrió a un mecanismo de convencimiento no usado originalmente en los anuncios de *El Abogado*: el testimonio. El promocional sostuvo:

Hace cosa de un año tuve un ataque agudo de Influenza que me dejó muy postrada, sin apetito y sin ánimo de hacer nada. Poco o ningún alivio obtuve de los médicos o de los remedios que me habían recomendado. Finalmente recurrí a la Zarpaparrilla del Dr. Ayer y desde entonces empecé a recobrar la salud y las fuerzas. Seguí el tratamiento hasta restablecerme por completo, lo que me proporciona el gusto de hablar a mis amigos de las virtudes de la Zarpaparrilla del Dr. Ayer y de los dichosos resultados obtenidos. La considero el mejor depurativo de la sangre de cuántos se conocen.⁵³

Una estrategia innovadora: hacer del momento que va de la enfermedad a la salud un discurso dramático, cuya trama estuvo sostenida en la idea del final feliz: el actor enferma, sufre, su cuerpo se invalida, no obstante, su búsqueda nada sucede, hasta que el encuentro se produce: el agua curativa restituye al cuerpo postrado, invalidado, le otorga fuerza para andar, pero solo a condición de completar el sencillo camino que lleva a la conclusión del tratamiento. La promesa después de la crisis y el encuentro no puede ser otra que la de un final feliz. Una experiencia de vida, una compartición puesta en papel en cuya intención se buscó que el lector se leyera e identificara con el momento de

⁵¹ “Zarpaparrilla del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 12, 15 de junio 1893, , p. 108.

⁵² “Zarpaparrilla del Dr. Ayer”, en *La Patria Ilustrada*, t. XI, núm. 18, 1 de mayo 1893, p. 2.

⁵³ *Ibid.*, p. 292.

crisis y supiera que podía llegar a la felicidad. De fondo, esas simples líneas no buscaron otra cosa que trastocar una subjetividad para ir de la identificación al anhelo y finalmente al paraíso.

El último producto promocionado fue el “Vigor del Cabello del doctor Ayer”. Además de *El Socialista*, los periódicos *La Patria* y *El Tiempo* también hicieron propaganda de este *Hair Vigor*; solo un año después de *El Abogado*, se unió a la difusión *La Lira Michoacana* y *El Economista Mexicano*.

Habría que decir que el Vigor del Cabello del Dr. Ayer no fue precisamente un medicamento (aunque estaba preparado “bajo bases científicas y fisiológicas”),⁵⁴ pero sí estuvo dirigido a la caída del cabello, la eliminación de la caspa y como cicatrizante de los humores del cráneo; este fue publicitado más como un artículo de tocador o artículo cosmético.

Fue evidente que el tipo de publicidad presente en *El Abogado* coincidió con la moda de promoción medicamentosa en las publicaciones periódicas del momento. No hay duda de que esta práctica se unió al establecimiento de las empresas farmacéuticas y, por lo tanto, de una forma de curar que dejó parcialmente fuera el uso de las prácticas tradicionales: como las tisanas o infusiones. También, la difusión de tales medicamentos estuvo acorde con su programa médico evangélico respecto a iniciar una especie de medicina doméstica; si bien es cierto que con esta práctica se dejaron fuera a otras, lo es también el hecho de que hubo ahí una actitud de incidir favorablemente en el restablecimiento de la salud sin la necesidad de asistir siempre con el médico. De modo que esta práctica fue una especie de hacer “al alcance de todos”.

En aquellos tiempos nadie se pudo imaginar que tal posición derivaría en un consumo irracional de medicamentos durante el siglo XX, por ello, el periódico presbiteriano *El Faro* también se sumó a este tipo de propaganda. Durante la primera década del siglo XX fueron

⁵⁴ “Vigor del Cabello del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 13, 1 de julio 1893, p. 120.

dos medicamentos los promovidos por este periódico: 1. Las Píldoras Nacionales contra Calenturas y 2. La Pomada Eureka de Leggat. El primero se promovió (ciertamente con una publicidad muy elemental que tuvo solo un pequeño espacio) desde 1903 a través de *El Popular*,⁵⁵ de *El Tiempo Ilustrado* (aunque ya en este periódico la propaganda ocupó mayor espacio)⁵⁶ y de la *Revista Moderna de México*,⁵⁷ en donde se dedicó toda una página al impulso del producto.

Respecto a la Pomada Eureka, todo parece indicar que solo fue *El Faro* quien la ofreció. No encontramos ningún indicio de propaganda en otras publicaciones y tampoco en la red virtual que nos proporcione un poco de la historia del producto. No sabemos ni sobre su constitución química, ni sobre la compañía productora, aunque muy probablemente, fue hecha “en casa” por un estadounidense llamado William Rennie Leggat, ya que una de las formas de compra fue “directamente con el propietario W. R. Leggat en la colonia Americana, núm. 25. Aguascalientes, México”.⁵⁸ Se utilizó para los casos de quemaduras, llagas, cortaduras, barros, tlacotillos, irritaciones, diviesos y granos.

Aunque no fue una cantidad considerable de medicamentos publicitados por las publicaciones evangélicas, no deja de ser cierto el hecho de que fueron partidarias de la “euforia medicamentosa” que en aquellos tiempos reveló un mundo inédito, acaso una liberación pronta y eficaz del sufrimiento. Un descubrimiento que la ciencia proporcionó y que las comunidades protestantes, en tanto hombres de su tiempo, como actores creyentes también de los descubrimientos científicos, no dejaron de promocionar.

⁵⁵ “¿Ha probado usted las píldoras nacionales?”, en *El Popular*, t. VII, núm. 2,260, 11 de abril de 1903, p. 4.

⁵⁶ “¿Ha probado usted las píldoras nacionales?”, en *El Tiempo Ilustrado*, t. IV, núm. 182, 19 de junio de 1904, p. 416.

⁵⁷ “Las píldoras nacionales”, en *Revista Moderna de México*, 1 de junio de 1904.

⁵⁸ “Eureka”, *El Faro*, t. XXV, núm. 21, 21 de mayo de 1909, p. 335.

Bibliohemerografía

- “Aceite de hígado de Bacalao pancreático”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 6, 27 de enero 1884, p. 4.
- “Aviso”, *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 1,215, junio de 1893, p. 103.
- Bastian, Jean-Pierre, *Los Disidentes. Sociedades protestantes y revolución en México, 1872-1911*, México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica, 1989.
- Baubérot, Jean, “Protestantismo”, en Jean Delumeau, *El hecho religioso*, México, Siglo XXI, 1997.
- Comité Pro-Centenario, México, Escuela Presbiteriana Panamericana, 1973.
- DickH, “J.C. Ayer & Co. and the Civil War”, 24 de octubre de 2011. www.lowellhistoricalsociety.org/blog/2011/10/24/lhs-presentation-j-c-ayer-co-and-the-civil-war/
- “El primer premio”, en *El Comercio de Morelia*, t. 2, núm. 14, 18 de mayo de 1894, pp. 1-2.
- “Emulsión de Scott”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XIV, núm. 3, 1 de febrero 1880, p. 24.
- “ENFERMOS”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XXXIV, núm. 16, enero 1910, p. 4.
- “Eureka”, en *El Faro*, t. XXV, núm. 21, 21 de mayo de 1909, p. 335.
- Godínez, Rogelio, “Los primeros medicamentos en México”, *Boletín de la Sociedad Química de México*, vol. 6, núm. 1, 2012, p. 8. www.bsqm.org.mx/PDFS/V6/N1/02.-%20Godinez%20Medicamentos.pdf
- “¿Ha probado usted las píldoras nacionales?”, *El Popular*, t. VII, núm. 2260, 11 de abril de 1903, p. 4.
- “¿Ha probado usted las píldoras nacionales?”, en *El Tiempo Ilustrado*, t. IV, núm. 182, 19 de junio de 1904, p. 416.
- Kretschmer, Roberto, “La medicina institucional en México: una perspectiva histórica”, en Hugo Aréchiga, Luis Benitez, *Un siglo de Ciencias*

de la Salud en México, México, Fondo de Cultura Económica / Conaculta, 2000.

“La Limpieza”, en *La Antorcha Evangélica*, s/t, 5, núm. 3, 3 de junio 1877, s/p.

“Las Píldoras Catárticas del Dr. Ayer”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 39, 12 de junio 1884, p. 4.

“Las píldoras nacionales”, *Revista Moderna de México*, 1 de junio 1904.

Palmero, Antonio, ¿Qué sistema de curación debo adoptar, la Homeopatía, la Dosimetría o la Alopátia?, México, Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos, Tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Escuela Nacional de Medicina, 1895.

“Pectoral de Cereza del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 18, 15 de septiembre 1893, p.160.

“Pectoral de Cereza del Dr. Ayer”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 6, 27 de enero de 1884, p. 4.

“Píldoras catárticas del Dr. Ayer”, en *El Siglo Diez y Nueve*, t. 103, núm. 16,535, 1, de febrero 1893, p. 4.

“Píldoras del Dr. Ayer”, en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 15, 1 de agosto de 1893, p. 136.

Ramos, Facundo, *Paralelo entre la medicina racional y la homeopática*, Tesis de Medicina y Cirugía, Escuela Nacional de Medicina, México, Imprenta Ignacio Cumplido, 1872.

“Remedio del Dr. Ayer para las calenturas”, en *El Socialista*, t. XIV, núm. 39, 12 de junio 1884, p. 4.

Salmans, Leví, “Curando dolores de cabeza con agua”, en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 6, enero de 1909, p. 22.

-----, “El departamento de química, urianálisis y microscopía en la Casa de Salud de ‘El Buen Samaritano’ Guanajuato”, en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, julio 1909, s/t., núm. 12, p. 48.

-----, “El Rayo X”, en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, s/t., núm. 8, abril de 1909, p. 29.

-----, *La Obra médica Evangelista*, Guanajuato, La Salud, 1919.

- , "Nuestro cuadro", en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 7, febrero de 1909, p. 28.
- , "Nuestro programa", en *El Mensajero de El Buen Samaritano*, núm. 1, agosto de 1908, p. 1.
- "Vigor del Cabello del Dr. Ayer", en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 131, julio de 1893, p. 120.
- "Vigor del Cabello del Dr. Ayer", *El Socialista*, t. XIV, núm. 39, 12 de junio 1884, p. 4.
- "Vino del Doctor Vivien", *El Socialista*, t. XIV, núm. 6, 27 de enero 1884, p. 4.
- Wendt, Diane, "The Man with a Fish on His Back: Science, Romance, and Repugnance in the Selling of Cod-Liver Oil", *Chemical Heritage Magazine*, vol. 28, núm. 1, 2010. www.chemheritage.org/discover/media/magazine/articles/28-1-the-man-with-a-fish-on-his-back.aspx
- "Zarzaparrilla del Dr. Ayer", en *El Abogado Cristiano Ilustrado*, t. XVII, núm. 12 15 de junio de 1893, p. 108.
- "Zarzaparrilla del Dr. Ayer", en *La Patria Ilustrada*, t. XI, núm. 18, 1 de mayo 1893, p. 2.

Capítulo II

Medicalización del consumo de morfina en la Ciudad de México (1883-1926)

Rosa Isela Flores Martínez

Introducción

El presente capítulo aborda de manera general el proceso a través del cual el consumo de morfina llegó a considerarse una enfermedad en la Ciudad de México. El uso inicial de la sustancia fue como medicamento. Más tarde, dejó de ser un recurso terapéutico para convertirse en elemento causal de una patología con cuadro clínico establecido, cuyo abordaje y tratamiento quedó en manos de los propios médicos. A partir de 1870, a nivel internacional, estos últimos comenzaron a elaborar los signos y síntomas a partir de los cuales se posibilitó el diagnóstico de la morfinomanía. Asimismo, propusieron tratamientos y medidas de prevención y reglamentación.

En México, el texto más temprano localizado en referirse al consumo de morfina como enfermedad data de 1883, año que marca el primer corte temporal. El periodo del presente estudio concluye en 1926, cuando se publicó un nuevo código sanitario, cuyas disposiciones mediaron desde entonces y hasta los últimos años de la década de los cuarenta, regulando la relación entre medicina y consumo de drogas, de acuerdo con el prohibicionismo. Si bien la intención aquí no consiste en abordar el complejo proceso de adopción del prohibicionismo en

México, es imprescindible tomar en cuenta la importancia que este tuvo en la historia de la enfermedad.

Las principales fuentes primarias empleadas en la elaboración del capítulo fueron la *Gaceta Médica de México* y las farmacopeas mexicanas del siglo XIX. La primera se fundó el 15 de septiembre de 1864 como el órgano de difusión de la Sección de Ciencias Médicas de la Comisión Científica, Literaria y Artística de México, que sesionó por vez primera el 30 de abril del mismo año. De manera inicial, a la asociación la integraron 22 miembros entre médicos, farmacéuticos y veterinarios. Estos profesionales de la salud se reunían semanalmente para discutir sobre las enfermedades que más aquejaban al país. A las pocas semanas de iniciadas las reuniones, los integrantes de la Sección elaboraron una publicación que rescatara y difundiera los trabajos presentados en ellas, así nació la *Gaceta*. Desde entonces el grupo y su publicación se transformaron continuamente. Sin embargo, se ha mantenido como una de las más destacadas agrupaciones de médicos del país que, a partir de 1887, ha ostentado el nombre de Academia Nacional de Medicina de México.¹ En el caso de las farmacopeas, la primera se publicó en 1846, la segunda en 1874 y esta contó con dos ediciones en 1884 y 1896. Todas fueron el resultado de años de trabajo de un destacado grupo de farmacéuticos que incluyeron en ellas la terapéutica oficial de un determinado momento.

El texto se divide en cinco secciones; en la primera se presenta de manera breve la historia de la morfina y de la morfinomanía en el ámbito internacional. Después se exponen algunos empleos que médicos y farmacéuticos de la Ciudad de México recomendaron y prescribieron la morfina durante el siglo XIX. Luego, el capítulo se centra en el proceso de medicalización del consumo de morfina en la Ciudad de México. En seguida se detalla el cuadro clínico de la morfinomanía. Finalmente, se

¹ Martha Eugenia Rodríguez, “¿Por qué surgió la *Gaceta Médica de México*?”, en *Gaceta Médica de México*, México, núm. 154, 2018, pp. 425-426.

hace referencia a los pronósticos individual y colectivo de la enfermedad, así como a sus principales tratamientos.

Historia general de la morfina y la morfinomanía

Friedrich Wilhelm Setürner (1783-1841) aisló la morfina del opio en 1806 en Hannover. Inicialmente la llamó *principium somniferum opii*, debido a sus propiedades narcóticas. Más tarde, le dio el nombre de *morphinum*, en honor al dios griego del sueño Morfeo.² A partir de la reimpresión del trabajo de Setürner en 1817 se consideró a la morfina “el más notable medicamento descubierto por el hombre”,³ con efectos más seguros que el opio y con virtudes analgésicas muy superiores a él, y paulatinamente lo sustituyó en la práctica médica. Los primeros experimentos que Setürner realizó fueron por vía oral. De manera que, los excepcionales efectos analgésicos de la sustancia se conocieron décadas después cuando se administró mediante vía hipodérmica en los años cincuenta del siglo XIX. En esta década, el médico escocés Alexander Wood (1817-1884) perfeccionó la aguja hipodérmica y el médico francés Charles Gabriel Pravaz (1791-1853) desarrolló la jeringuilla graduada. En comparación con su administración oral, el empleo de morfina por vía hipodérmica era más sencillo, las dosis podían controlarse mejor y sus efectos eran más rápidos y potentes, además, no provocaba malestares gástricos como su uso oral.

Si bien, ya estaba extendido su uso en la práctica médica, la definitiva popularidad del fármaco se debió a su empleo en conflictos armados. Por primera vez se usó en la guerra civil americana (1861-1865), donde se aplicó de manera masiva, administrada por vía intravenosa

² En la mitología griega Morfeo es el dios encargado de inducir al sueño a los durmientes y de aparecer en ellos en forma humana, sobre todo como un ser querido.

³ Antonio Escotado, *Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza Editorial, 1998, p. 313.

varias veces al día, durante meses para combatir el dolor y los síntomas de la disentería. Luego de la guerra, aparecieron los primeros casos de la llamada *army disease* o dependencia artificial; la guerra austroprusiana de 1866 también contribuyó a aumentar la cantidad de dependientes. Más tarde, en la guerra francoprusiana de 1870 se empleó no solo contra el dolor localizado, sino también para resistir incomodidades y darse valor.⁴

A pesar de que los médicos militares debieron ser los primeros en advertir el fenómeno de la adicción a la morfina, no comunicaron casos al resto de la comunidad médica. El médico civil Eduard Levinstein (1831-1882), elaboró, en 1874, la primera descripción clínica del caso de un enfermero que había llegado a depender de la sustancia al administrársela por vía hipodérmica. Levinstein, también, redactó la primera monografía a partir de ciento y diez casos, texto que apareció en 1879 y cuyo título fue *Die Morphiumsucht (La mórbida pasión por la morfina)*, donde empleó el término “morfinomanía” para hacer referencia a lo que consideraba una enfermedad. El autor trabajaba como superintendente del asilo de Schöneberg y llegó a especializarse en el tratamiento de dependientes a las drogas.⁵

La morfina como medicamento en México

En nuestro país, la morfina parece haber estado presente al menos desde los años cuarenta del siglo XIX. Acerca de su consideración como medicamento por parte de médicos y farmacéuticos, dan cuenta las farmacopeas y la *Gaceta Médica de México*, así como algunas tesis presentadas en la Escuela Nacional de Medicina; en las farmacopeas, la

⁴ *Ibid.*, p. 314.

⁵ Richard Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003, pp. 95-96.

sustancia se incluyó desde la primera *Farmacopea Mexicana* publicada en 1846. Los usos que se le reconocieron en estos registros oficiales a lo largo del siglo XIX fueron como sedante y narcótico. La comunicación en la *Gaceta Médica de México* sobre la aplicación de inyecciones subcutáneas de café en un caso de envenenamiento con morfina, permite saber que el médico Refugio Galindo, del estado de Hidalgo, trató con esta sustancia a varias mujeres aquejadas de melancolía.⁶ También gracias a esta publicación sabemos que el médico J.L. Chaponniere alentó a sus colegas a emplear el uso de morfina en el alivio de “diversas formas de disnea”; ya que, de acuerdo con él, había dado resultados favorables en dichos casos y era, además, “un recurso terapéutico al alcance de todos”.⁷

Las jeringas para inyección hipodérmica estuvieron disponibles en el país a partir de la década de 1870, de manera que, la administración de morfina mediante ellas pudo practicarse desde entonces. En 1875, el médico Nicolás Ramírez de Arellano señaló: “la generalidad de los médicos” hacían uso de inyecciones hipodérmicas de morfina en el tratamiento de “ciertas neuralgias rebeldes ó en el de algunas afecciones muy dolorosas”. Sin embargo, le parecía que el empleo de estas podía perfectamente extenderse a otros varios estados morbosos. Según las propiedades que entonces se le reconocían a la morfina, Ramírez de Arellano recomendó las inyecciones también contra cólicos hepáticos y nefríticos, dismenorrea o “reglas difíciles”, para el alivio del dolor causado por angina de pecho, reumatismo y cáncer, así como en el tratamiento contra enteritis, peritonitis puerperal, cólera y heridas y perforaciones del tubo digestivo. Asimismo, la consideraba de utilidad en “ciertos accesos de asma, algunos ataques de histeria y tal vez en

⁶ Refugio Galindo, “Envenenamiento con morfina tratado por inyecciones subcutáneas de café”, en *Gaceta Médica de México*, México, vol. 17, núm. 12, 1882, pp. 17-22.

⁷ J.L. Chaponniere, “Del empleo de inyecciones hipodérmicas de morfina en las diversas formas de disnea”, en *Gaceta Médica de México*, México, vol. 21, núm. 17, 1879, pp. 145-148.

algunos casos de aborto”. También señaló que favorecía la acción anes-tésica del cloroformo, ya que se obtenía con más prontitud, y su acción estupefaciente, que llegaba a ser más completa y duradera.⁸

La morfinomanía en la Ciudad de México

Los médicos mexicanos de finales del siglo XIX reconocieron, de mane-ra innegable, la importancia de la morfina como medicamento. El gran entusiasmo médico por la sustancia, en especial a partir de su empleo hipodérmico, fue correspondido con su amplia administración. De he-cho, inicial y parcialmente, se responsabilizó al entusiasmo desmedido de los médicos de la creación de la morfinomanía. Si bien la adminis-tración por vía hipodérmica no fue la única, sí fue la principal, pues las otras vías de administración fueron oral, rectal, nasal y vaginal.

La primera definición de la morfinomanía localizada en la litera-tura mexicana se debe a Francisco I. Sánchez, en 1883, a partir de la elaborada por Levinstein en 1879. Sánchez entendió por morfinoma-nía “la pasión que tiene un individuo de servirse de la morfina como alimento o excitante, y el estado patológico que resulta de abuso”.⁹ A partir de finales del siglo XIX se planteó que para hablar propiamente de morfinomanía debían presentarse tanto “el conjunto de accidentes producidos por el abuso prolongado de la morfina” como la “necesidad irresistible de usar la morfina”.¹⁰ Con respecto a la primera condición, en 1898 Antenor Lescano, señaló:

⁸ Nicolás R. de Arellano, “Inyecciones hipodérmicas de morfina”, México, Universi-dad Nacional de México, Tesis, 1875, pp. 23-37.

⁹ Francisco I. Sánchez, “Apuntes sobre la morfinomanía”, México, Universidad Na-cional de México, Tesis, 1883, p. 13.

¹⁰ Francisco Chavolla, “Breve estudio sobre la morfinomanía”, México, Universidad Nacional de México, 1886, p. 19. Tesis.

Sin darse de ello cuenta, el que por cualquiera circunstancia ha hecho, durante algunos días, bien pocos en algunas ocasiones, uso del alcaloide va adquiriendo el hábito cuyos caracteres son verdaderamente curiosos; no es simplemente una afición más o menos dominante la que constituye este hábito; no es únicamente un apetito desarrollado bajo la influencia de la costumbre; todos los órganos, todos los aparatos, que se han visto obligados a funcionar bajo la influencia de la morfina, reclaman en un momento dado, con brutalidad inaudita y con regularidad cromométrica la dosis necesaria para su funcionamiento. Todo el cuadro doloroso de la abstinencia, que describiré en el capítulo correspondiente, se presenta si un retraso, de algunos minutos tan solo, se ha verificado en la práctica de la inyección. Y solo la morfina es capaz de cesar los fenómenos.¹¹

Entre los factores que los médicos consideraron inicialmente que intervenían en la adquisición de la enfermedad se encontraron la clase, la raza, la inteligencia, el sexo, la edad, la idiosincrasia individual, la facilidad de acceso a la sustancia en establecimientos no estigmatizados (contextos médicos y farmacéuticos), además. que era un padecimiento fácil de disimular y que, el consumo de la droga era fácil y rápido. Asimismo, sostuvieron que la morfinomanía aquejaba especialmente a la clase alta y a los médicos. Lamentaron que fuera precisamente “la sociedad acomodada” la que padeciera la enfermedad, pues estaba integrada, según ellos, por “seres tan queridos a la ciencia como a la familia y a la patria”, “sus miembros más útiles, a sus hijos más esclarecidos”.¹² Ricardo Pérez Montfort sostiene que la amplia presencia del consumo de la droga en este grupo social se debió a su relación con médicos y farmacéuticos, ya que durante años las jeringas de inyección

¹¹ Antenor Lescano, “Contribución al estudio de la morfinomanía”, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1989, pp. 12-13.

¹² Francisco Chavolla, “Breve estudio sobre la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 8.

hipodérmica se restringieron a usos médicos, veterinarios y farmacéuticos. Luego, “probablemente se derivó hacia las clases pudientes o medias, particularmente a la hora de recurrir a usos recreacionales. Sin embargo, hacia finales del porfiriato la afición por las inyecciones de morfina parecía haber trascendido la aristocracia y se encontraba medianamente diseminada entre ciertos sectores medios”.¹³

En las estadísticas de varios países el porcentaje más alto de morfímanos lo ocupaban aquellos relacionados con la medicina, aún en las primeras décadas del siglo XX. En el caso de México, para la década de 1920 el perfil del usuario se había transformado, pues los militares ocupaban ya el primer puesto, su uso se había extendido debido a la demanda de medicamentos que calmaran el dolor causado por las heridas. Además, la droga de moda había pasado a ser la heroína, resintetizada y comercializada a partir de los últimos años del siglo XIX.

La explicación que los médicos dieron acerca de por qué era la alta sociedad y los propios profesionales de la salud quienes más padecían la enfermedad, consistió en que, “un individuo nómada del África, se acostumbraría mejor a la droga que un mono; y un europeo de cerebro más desarrollado, reaccionaría y apreciaría mejor los matices efectuados por la morfina en sus células nerviosas, que el africano. Esta deducción lógica del gran fisiólogo [C. Bernard] está ya perfectamente comprobada, pues este vicio separa de la sociedad algunos de sus mejores elementos”.¹⁴ Estos médicos consideraban que había ciertos efectos de la droga que solo aquellos con mayor inteligencia podían experimentar, ellos eran los de “raza superior”, los profesionistas (en particular los médicos) y todos quienes enfrentaban la vida a partir de sus capacidades intelectuales, que se caracterizaban por ser curiosos y por tener una voluntad débil.

¹³ Ricardo Pérez Montfort, *Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México, 1840-1940*, México, Debate, 2016, pp. 79-80.

¹⁴ Francisco Chavolla, “Breve estudio sobre la morfínomanía”, *op. cit.*, p. 19.

Francisco Chavolla, por ejemplo, afirmó que las razas que se distinguían por su inteligencia experimentaban sobre todo efectos narcóticos y las “inferiores” fenómenos de excitación.¹⁵ Lescano continuó con la idea de que los efectos estaban en función de la inteligencia, “es, pues, notoria la influencia del desarrollo intelectual en la adquisición del hábito y no es de extrañar si se reflexiona que los refinamientos que procura la morfina son tan delicados y sutiles que no pueden ser apreciados por inteligencias inferiores”.¹⁶ Los médicos consideraban que el cansancio derivado de enfrentarse a la vida, sobre todo a través del intelecto, así como la imposibilidad de descanso, volvían a la droga fuente de fuerzas para estos.

Es posible decir que existió un primer momento breve en el que los médicos relacionaron el inicio de la enfermedad solo como derivación de un tratamiento médico. De hecho, Rogaciano Tapia y Ayala, en 1920, aún señaló que los primeros casos de morfinomanía fueron de origen terapéutico y que se observaron en Inglaterra, Alemania y más tarde en Francia y en los Estados Unidos.¹⁷ Es decir, en este punto se consideraba que el inicio del consumo era adecuado, como parte de un tratamiento médico, pero al rebasar después la competencia médica llegaba al “abuso”, considerado incorrecto. El paciente ya no usaba el medicamento para calmar su padecimiento, más bien buscaba los efectos placenteros que este le proporcionaba.

Es precisamente este rebasamiento de la competencia médica lo que para Mauricio Becerra posibilitó la patologización. De acuerdo con él, no se trata de un abuso dado por exceso sino por falta de competencia médica.¹⁸

¹⁵ *Ibid.*, p. 12.

¹⁶ Antenor Lescano, “Contribución al estudio de la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 10.

¹⁷ Rogaciano Tapia y Ayala, “Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfinomanía”, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1920, p. 8.

¹⁸ Mauricio Becerra, “Restaurando la voluntad del enfermo”: medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile”, en *Sociedad Hoy*, Chile, núm. 26, 2018, pp. 132-133.

Por abuso los médicos entienden cualquier uso no médico de sustancias con efectos sobre la conciencia, lo que se instala como principio explicatorio de la toxicomanía y fundamento que autoriza sancionar el uso de embriagantes de manera lúdica o como contemplación extática. De esta forma, las diferentes experiencias de ebriedad son integradas en el universo referencial de la enfermedad, proceso de medicalización que implica su inteligibilidad como una conducta social a erradicar.¹⁹

En un segundo momento, a finales del siglo XIX, el uso inicial de la droga había rebasado la competencia médica, entonces ya se diferenciaban dos clases de morfinómanos según la manera cómo habían adquirido la enfermedad, terapéuticos y pasionales. Se llamó terapéuticos a aquellos que habían adquirido la enfermedad como consecuencia de algún empleo terapéutico y pasionales a quienes solo buscaban la embriaguez producida por la droga. Hacia los últimos años del siglo XIX los segundos habían superado a los primeros. A los morfinómanos terapéuticos se les consideró inicialmente como víctimas de médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y practicantes, pues habían comenzado el consumo por recomendación suya.

De acuerdo con los médicos, el conocimiento sobre los rápidos y seguros efectos de las inyecciones subcutáneas de morfina contra el dolor y el insomnio estaba ampliamente extendido. De manera que, era común acudir al médico en busca de la sustancia para aliviar padecimientos dolorosos. El médico consentía y efectivamente el alivio se producía. Sin embargo, la sustancia solo conseguía aliviar pasajeramente los síntomas, no su causa, así que el enfermo recurría nuevamente al médico para que le volviera a aplicar el medicamento. Esta situación continuaba repitiéndose hasta que el médico le enseñaba a aplicarse las inyecciones, ya fuera por conflictos de tiempo, por simple

¹⁹ *Ibid.*, p. 134.

comodidad o porque el paciente lo solicitaba. Este era considerado un momento crucial en la génesis de la enfermedad, pues a partir de entonces quedaría a disposición del paciente la frecuencia, la cantidad y el modo de administración de la sustancia. También se responsabilizaba al médico por no haber cambiado la vía de administración o de narcótico, ya que “al cabo de algún tiempo despiertan en el paciente una necesidad imperiosa de usarlas”.²⁰

A veces, también los enfermos se inyectaban sin consultar al médico. Los profesionales de la salud consideraban que ello se debía a lo excesivamente doloroso de su padecimiento, a que era una operación muy sencilla; para evitarle molestias al médico, o porque simplemente no se podían mantener dentro de los límites que la ciencia y la prudencia de consumo marcaban. Aun cuando la causa de los dolores que los habían llevado a usar las inyecciones de morfina había desaparecido, continuaban empleándolas “porque su inmoderado uso ha degenerado en vicio, y constituido la morfinomanía”. Es decir, ya no solo intentaban calmar los dolores, también “busca el placer que experimenta bajo la influencia de la morfina, la cual, proporcionándole una especie de embriaguez, le hace olvidar no solamente sus dolores físicos, sino también aquellos que, afectando el espíritu, podemos considerar como verdaderas neuralgias morales”.²¹

En el segundo momento ya se consideraba la predestinación orgánica de valor capital en la etiología de la enfermedad: “es, pues, entre la gran falange de los neurasténicos, de los degenerados, de los que llevan una vida intelectual intensa y desproporcionada, entre los que la morfinomanía hace sus mayores estragos”.²² Esta concepción se mantuvo por décadas, en 1920 se señaló que los “verdaderos morfinómanos,

²⁰ Francisco Chavolla, “Breve estudio sobre la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 20.

²¹ *Idem.*

²² Antenor Lescano, “Contribución al estudio de la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 14.

[eran] neurópatas, predispuestos constitucionalmente o por herencia, que indudablemente serían viciosos”.²³

Es importante señalar que en México a partir de la segunda década del siglo XX la historia de las toxicomanías consideradas comenzó a complejizarse, sobre todo en el ámbito legal, debido a que a partir de ese momento el país se sumó de manera formal al prohibicionismo de drogas internacional liderado por los Estados Unidos. Esto sucedió con la asistencia de representantes mexicanos a la Convención de la Haya en 1912, en la que los países firmantes se comprometieron a prohibir los usos no medicinales del opio y a controlar la exportación, importación y venta del opio para fines medicinales. La Convención fue ratificada por el Senado en 1924 y publicada en el *Diario Oficial* en 1927; a pesar de los varios años que habían transcurrido, el compromiso adquirido en 1912 se correspondió con acciones concretas en la misma década de 1910 y se continuó con él en las décadas de 1920 y 1930, principalmente mediante la expedición de decretos, códigos y reglamentos que paulatinamente controlaron, prohibieron y criminalizaron la producción, el comercio y el consumo de drogas.²⁴ Esta legislación descansó sobre la consideración de que el empleo de estas era una enfermedad que envenenaba al individuo, degeneraba la raza y que paulatinamente adquiriría proporciones epidémicas.

En el marco del complejo proceso de adopción del prohibicionismo en México se dio el debate acerca de cómo debía considerarse legalmente a los consumidores de drogas, si como enfermos o como criminales. La balanza se inclinó inicialmente hacia el enfoque sanitario, aunque más tarde (a finales de los años cuarenta) esta situación cambiaría. Dentro del enfoque sanitario, en el código que apareció en 1926

²³ Rogaciano Tapia y Ayala, “Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfomanía”, *op. cit.*, p. 11.

²⁴ Al respecto véase Domingo Schievenini, “La criminalización del consumo de marihuana en México, 1912-1961”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Doctorado en Historia, 2018.

se contempló en el artículo 206 que “el Departamento de Salubridad podrá fundar en los lugares de la República que estime convenientes, establecimientos especiales para internar en ellos a las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes, debiendo permanecer recluidas por el tiempo que juzgue necesario para su curación”.²⁵ Esta disposición se llevó relativamente a la práctica a partir de 1931, cuando se acondicionó una crujía de la Penitenciaría del Distrito Federal para la atención médica de toxicómanos.

Cuadro clínico de la morfinomanía

Con respecto a los síntomas de la enfermedad, generalmente se los separó según si eran propios de la intoxicación o de la abstinencia. En términos generales, los médicos consideraron que la marcha de la enfermedad era lenta, progresiva y, si no se intervenía a tiempo, conducía invariablemente a la muerte. Al inicio del consumo, la característica principal era la euforia. Esta se describió como un conjunto de sensaciones en las que

el cuerpo se siente a sus anchas, no experimenta la molestia más insignificante; al mismo tiempo las ideas se coordinan y todos los problemas de cualquier género, que momentos antes abrumaban la inteligencia, son ahora resueltos con pasmosa facilidad y rapidez. Se considera uno capaz de acometer cualquiera empresa por difícil que sea tanto en el orden físico como en el orden intelectual y se tiene la conciencia de este vigor inusitado al mismo tiempo que la de encontrarse absolutamente bien.²⁶

²⁵ “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, en *Diario Oficial*, México, 8 de junio de 1926, p. 598.

²⁶ Antenor Lescano, “Contribución al estudio de la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 18.

Algunos médicos consideraban que la euforia no era experimentada por todos, pues dependía de la intelectualidad particular. Sostenían que inicialmente duraba bastante y que se obtenía con pequeñas dosis, pero después se obtenía con dificultad a pesar de aumentar progresivamente la dosis y el número de administraciones. Los usuarios continuaban buscándola infructuosamente y se consideraba el gancho para continuar el consumo. Durante esta primera etapa y sin supuestamente darse cuenta, al organismo se le volvía indispensable la droga para funcionar lo más parecido a lo “normal” y se presentaban las primeras perturbaciones. Entonces, se consumía ya no para experimentar la euforia, sino para evitar la aparición de los síntomas de abstinencia.

Acorde con los médicos, los síntomas de intoxicación “crónica” se presentaban en diferentes momentos según la individualidad, pero por lo general entre los cuatro y los ocho meses de haber iniciado el consumo. Algunos de los principales eran el aumento de apetito y la excitabilidad sexual que, posteriormente disminuían hasta extinguirse. En las mujeres se presentaban súbita o paulatinamente perturbaciones en la menstruación, que también finalmente desaparecían. En los hombres, al aumento inicial de las “funciones genésicas” le seguían erecciones débiles, cortas, y posteriormente no tenían lugar. El estreñimiento era otro síntoma propio de la intoxicación que, durante la abstinencia, daba paso a la diarrea; la orina se volvía pálida, escasa y albuminosa.

Más adelante, el elemento característico era la “necesidad de morfina”. A la sensación primera de bienestar la reemplazaba un “malestar indefinible”, la sustancia ahora “solo es capaz, no ya de producir ningún placer, sino de hacer funcionar al organismo de un modo semejante al normal.” Durante este periodo las perturbaciones tenían su mayor desarrollo, y si no se intervenía, llevaban a la caquexia. Entre las propias de este periodo estaban las intelectuales: pérdida de la memoria, de la voluntad (imposibilidad de detener por sí mismo la intoxicación); abulia; disminución del “sentido moral” que se consideraba más notable en las mujeres; despecho que ensombrecía el carácter; irritación de los

“sentimientos malos”; desconfianza, disimulo y avaricia; perturbaciones sensitivas (hiperestesia); perturbaciones sensoriales (por ejemplo, debilidad del sentido del gusto y de la agudeza visual); perturbaciones psico-sensoriales (ilusiones y alucinaciones de la vista, del oído y del gusto); perturbaciones del movimiento (hiperexitabilidad refleja exagerada); del aparato digestivo (anorexia que solo cede a la acción de la morfina tomada antes de las comidas); caries propia del morfinómano que lo hacía perder la dentadura entera en un año; caída del cabello; perturbaciones circulatorias (disminución constante de la presión arterial y de los latidos del corazón); perturbaciones respiratorias (disminución del número y amplitud de las respiraciones); lesiones de la piel (abscesos, endurecimientos crónicos, urticaria, prurigo y eritema), y perturbaciones génito-urinarias (disminución de la cantidad, decoloración y presencia de albuminuria). Así como inapetencia sexual, supresión de las erecciones, disminución del placer causado por el coito, disminución de la cantidad de semen y de espermatozoides y amenorrea.

La siguiente característica en la marcha de la morfinomanía era la acentuación de los desórdenes anteriores. Llegado este momento, la enfermedad se consideraba incurable debido a las profundas perturbaciones fisiológicas alcanzadas. Para entonces, el aspecto del morfinómano era el de una “emanación esquelética, la piel seca, arrugada y amarilla se pega a los huesos y presenta en los pómulos y en otras partes del cuerpo placas violáceas, los ojos están hundidos y apagados la palabra es difícil y el aliento fétido, al cabello cae, lo mismo que los dientes, un estado de indiferencia y de embrutecimiento hace que se olviden todos los cuidados de limpieza y todas las conveniencias sociales”.²⁷ Acorde con los médicos, el término medio de duración de la enfermedad era de tres a cuatro años.

Acerca de los síntomas de abstinencia, estos se presentaban después de algunas horas de la última administración, ya fuera porque el

²⁷ *Ibid.*, p. 34.

morfinómano se sometía voluntariamente a tratamiento o porque accidentalmente no conseguía administrarse la droga. Durante la abstinencia se producía “un desorden general” del que los principales síntomas eran excitación, depresión o a la alternación de estas, la cara del morfinómano lucía pálida, desencajada, con las mejillas terrosas y la nariz afilada, sufría de calosfrío intenso, dolor de articulaciones, debilidad de los miembros, aumento de la sudoración, lagrimeo, diarrea, catarro nasal, alucinaciones visuales y auditivas, temblor y disnea intensa. Ante tal conjunto de fenómenos, afirmaron los médicos, el morfinómano buscaba por cualquier medio conseguir la sustancia: mentía, engañaba, robaba, asesinaba, falsificaba recetas y “olvida por el momento su posición social, su educación”.²⁸ De acuerdo con ellos, las mujeres en particular olvidaban su “pasado de honradez, descuida a sus hijos, los seres más queridos, los deja sin pan antes de quedarse sin su excitante; olvida todos sus deberes y la vida conyugal es imposible, siendo común verlas acudir a la prostitución como último recurso”.²⁹

Pronósticos y tratamientos de la morfinomanía

Acerca del pronóstico de la enfermedad, los médicos consideraron que la morfinomanía progresaba lenta, pero incesantemente hacia la muerte, ya fuera por la caquexia propia de la enfermedad, por accidentes relacionados con altas dosis, o bien, por complicaciones derivadas de la adquisición de una nueva enfermedad frente a un organismo debilitado. Se insistió que la evolución dependía de la idiosincrasia individual, pero también del tiempo y de la cantidad de droga que se había llegado a consumir. La morfina se caracterizaba por tener una tolerancia muy

²⁸ Rogaciano Tapia y Ayala, “Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfinomanía”, *op. cit.* p. 26.

²⁹ *Idem.*

alta, de manera que para alcanzar el mismo efecto se debe aumentar progresivamente la dosis. A mayores cantidades de morfina, los médicos asociaron un mayor deterioro físico y un pronóstico más negativo. Así que este se ligaba a la etapa en la que se encontraba la enfermedad, por ejemplo, cuando se llegaba a la caquexia este era mucho más negativo que en otras etapas, pues era prácticamente fatal debido al daño físico al que se había llegado.

Conforme pasó el tiempo el discurso médico sobre la enfermedad se complejizó y el pronóstico de curación se volvió en general más negativo. En 1883, por ejemplo, se consideraba favorable, para quien tuviera una firme voluntad, no estuviera afectado por otro padecimiento y se sometiera a un tratamiento “enérgico”.³⁰ Tres años más tarde, ya se consideraba relativamente favorable y grave. Relativamente favorable para el que “se decide a no tolerar más las terribles consecuencias de su vicio, acude al médico y se somete dócilmente a sus prescripciones, porque entonces logra casi siempre abandonarlo”.³¹ Grave para los incorregibles y quienes padecían una enfermedad crónica dolorosa, ya que se consideraba que ninguno era capaz detener el consumo.

En los años ochenta del siglo XIX se comenzó a hacer alusión al “peligro de la reincidencia”, que a partir de entonces se consideró muy frecuente. Esto aplicó tanto para la morfinomanía como para las demás toxicomanías. La facilidad de reincidir se asoció al carácter y en ciertos casos a la profesión, en particular a los médicos. A ellos se les entendía como los más expuestos porque en los contextos en los que se desenvolvían la presencia de las sustancias era común y al tenerlas cerca se despertaba en ellos “un deseo vehemente, casi irresistible” de consumirlas. El número de reincidencias también fue un elemento a considerar a la hora de hacer el pronóstico, pues “la recidiva es en efecto, la piedra de toque, el gran punto negro, el gran peligro en el

³⁰ Francisco I. Sánchez, “Apuntes sobre la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 24.

³¹ Francisco Chavolla, “Breve estudio sobre la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 31.

tratamiento de esta afección [...] A cada recaída el hábito se vuelve más tenaz, la progresión de la dosis más rápida, la curación más problemática y menos durable”.³²

Con relación al pronóstico se contemplaron también las circunstancias individuales y sociales en las que se encontraba el enfermo, por ejemplo, un “medio poco activo y honesto”, “la tara nerviosa”, la droga empleada, la edad de la persona (se pensaba que era más sencilla la curación en jóvenes), la causa inicial del consumo (si había sido por una enfermedad incurable), la condición física y la inteligencia que los haría querer curarse a cualquier precio. Igualmente, algunos médicos incluyeron el pronóstico social que consideraron más grave, debido a que la enfermedad afectaba a individuos útiles, los mejores, “los de mente cultivada, los intelectuales, o los brazos representados por el elemento obrero”,³³ porque era un padecimiento costoso que se desarrollaba a costa de la familia, y porque “no da hijos y si los hay son degenerados, los que a su vez se convierten en parásitos de la sociedad”.³⁴ A finales del siglo XIX había distintas opciones de tratamiento contra la morfinomanía, métodos de supresión, métodos de sustitución y los llamados métodos especiales. Entre ellos, los más empleados fueron los de supresión, divididos a su vez en supresión brusca, rápida y lenta. En la Ciudad de México, inicialmente se recomendó y practicó sobre todo el tratamiento de supresión brusca, elaborado por Levinstein. El método consistía básicamente en eliminar de manera completa y brusca la morfina, vigilar de cerca al enfermo y ayudarlo durante los días inmediatos a la supresión. Para ello se requerían varios elementos muy precisos y exigentes: un establecimiento especial en el que se ingresaba al enfermo de cinco a quince días, personal médico,

³² Carlos Alatorre, “Contribución al estudio del heroínismo”, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1924, p. 87.

³³ *Ibid.*, p. 85.

³⁴ Rogaciano Tapia y Ayala, “Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 31.

personal de enfermería “incorruptible” y “adicto al médico”, y personal de vigilancia también “incorruptible”.

Más tarde, el método preferido pasó a ser el de supresión rápida de Erlenmeyer. Esto debido principalmente a que con el tratamiento de Levinstein, la eliminación abrupta de la droga, se corría el riesgo de que el paciente colapsara e incluso muriera. En esos casos, los médicos recomendaron administrar inmediatamente una inyección de morfina (que podía repetirse si no había mejora), “cucharaditas de un licor excitante como cognac”, se frotaban los miembros con tintura de mostaza y se le daba a oler amoníaco.³⁵ Las habitaciones debían tener solo lo estrictamente necesario ya que el intento de suicidio durante el tratamiento y el delirium tremens “morfinico” fueron otros dos síntomas de abstinencia mencionados por los médicos del siglo XIX.

A diferencia del cese brusco de la droga, el método de Erlenmeyer tomaba en cuenta tanto la dosis habitual alcanzada, como el estado de salud del paciente al momento de iniciar el tratamiento, así como el tiempo de la enfermedad. A partir de estas consideraciones, la morfina se reducía durante tres y nueve días. Como en el caso del método anterior, también precisaba el aislamiento del enfermo. Algunas instituciones públicas y privadas donde inicialmente se trató a morfinómanos fueron el Hospital de Jesús y el Manicomio General, en este último se practicó la supresión brusca. También en el manicomio, como en la Quinta del Dr. Lavista, se empleó el método de supresión lenta.³⁶

El tratamiento transcurría a grandes rasgos de la siguiente manera. Una vez instalado el enfermo en la habitación, se le mandaba a bañar mientras se revisaban sus pertenencias en busca de morfina y jeringas, para asegurarse de que no se quedaba con nada de ello. Al faltarles la morfina, luego de ciertas horas que variaban en los diferentes casos,

³⁵ Francisco I. Sánchez, “Apuntes sobre la morfinomanía”, *op. cit.*, pp. 26-27.

³⁶ Rogaciano Tapia y Ayala, “Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfinomanía”, *op. cit.*, pp. 215-216.

los morfinómanos experimentaban distintos fenómenos de abstinencia (algunos eran malestar, inquietud, tos, estornudos, calosfríos, dolor de cabeza, de estómago, insomnio, delirio, debilidad y “depresión moral”), que durante el tratamiento se mitigaban con remedios como cloral, éter, tintura de mostaza, alcohol, extracto de opio, hielo, lociones frías, amoníaco, sinapismos, vino, baños calientes de cinco minutos “seguidos de afusiones de agua fría”.³⁷

La alimentación del enfermo era otro elemento importante durante el tratamiento. En los primeros días se le tenía a dieta, aunque se le permitían pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas. Más tarde, al pasar la “excitación”, es decir, después de tres o cuatro días, se le daba carne asada y legumbres. Los fenómenos más graves cedían entre el segundo y el tercer día. Luego de ocho días, “el enfermo puede salir a la calle, hacer ejercicio, su alimentación debe ser sustancial, y por algún tiempo usar de los baños de regadera hasta su completo restablecimiento, el cual conseguirá en pocos meses”.³⁸

En el caso del método de supresión lenta, este tenía la ventaja de no presentar los problemas de la supresión brusca, pero nunca se recomendó esta alternativa sobre las demás, a menos que se tratara de casos muy específicos; por ejemplo, casos recientes, que hubieran alcanzado dosis diarias relativamente poco considerables, para enfermos con padecimientos crónico-dolorosos que no pudieran suprimir completamente la droga, pero sí disminuirla y tal vez llegar a sustituirla. A diferencia de los métodos anteriores, en este caso el enfermo seguía el tratamiento en el seno de la familia, enterada del proceso y del papel que debía desempeñar en la curación. El tratamiento se basaba en que la dosis y el número de inyecciones diario disminuía progresivamente hasta cambiar la vía de administración y, más tarde, eliminar toda ingesta de morfina.

³⁷ Francisco I. Sánchez, “Apuntes sobre la morfinomanía”, *op. cit.*, p. 27.

³⁸ *Idem.*

La principal desventaja mencionada sobre este método fue que, si bien los fenómenos de reacción por disminución eran menos violentos, también persistían por mucho tiempo, manteniéndose por semanas e incluso meses. Lo anterior provocaba en los pacientes desconfianza acerca de la eficacia del tratamiento, al hacerlos volver a dosis anteriores con las que sí encontraban alivio. La larga duración del tratamiento, señalaban los médicos, agotaba las fuerzas y la voluntad del enfermo.

Para inicios de los años veinte del siglo pasado, la supresión rápida ya estaba afianzada tanto en Europa como en los Estados Unidos. A pesar de que desde finales del siglo XIX el médico mexicano Antenor Lescano la recomendaba sobre los demás métodos, para 1920 pocas veces se había practicado en México, aunque un par de años más tarde ya era el más empleado y con el que se obtenían mejores resultados.³⁹ Los métodos de sustitución, por su parte, habían sido abandonados. Aun cuando la supresión rápida ya se consideraba cruel en este momento, se aplicaba todavía en casos muy específicos.

Conclusiones

La medicalización del consumo de morfina a nivel internacional puede rastrearse al menos desde la década de 1870. En el caso de México, los primeros indicios del proceso aparecieron en los años ochenta del siglo XIX. Desde ese momento, los médicos mexicanos comenzaron a establecer los signos y síntomas a través de los cuales fue posible establecer el diagnóstico de morfinomanía. De acuerdo con lo que permiten ver las fuentes consultadas, el proceso llevó décadas en concretarse. Además, el contenido propio del esquema médico de la enfermedad (etiología, signos y síntomas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis)

³⁹ Eleno Hernández, "Breves consideraciones sobre la morfinomanía", México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1922, p. 44.

también se fue transformando. El proceso estudiado contribuyó a abrir la puerta para la patologización del consumo de otras sustancias como la cocaína y la heroína. También este proceso sustentó, en parte, la prohibición de drogas de la primera mitad del siglo XX, basada en la protección de la salud pública que, se decía, era amenazada por el consumo de drogas que envenenaba al individuo y degeneraban la raza. Con la adopción del prohibicionismo en México, los consumidores de drogas fueron inicialmente considerados como enfermos entre los años veinte y finales de los cuarenta del siglo XX. En la década de 1930, se estableció incluso, el Hospital Federal para Toxicómanos, en el que el Gobierno mexicano ofreció atención especializada a los consumidores de drogas. La institución desapareció a finales de la década de 1940, momento en el que la estrategia gubernamental relacionada con drogas, incluyendo el consumo, cambió hacia un enfoque judicial y ya no de salud. Sin embargo, desde el siglo XIX y después de los años cuarenta del siglo XX distintas instituciones públicas y privadas atendieron médicamente a los consumidores.

Bibliohemerografía

- Alatorre, Carlos, *Heroinismo*, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1924.
- Arellano, Nicolás R. de, *Inyecciones hipodérmicas de morfina*, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1875.
- Becerra, Mauricio, “Restaurando la voluntad del enfermo”: medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile”, en *Sociedad hoy*, Chile, núm. 26, 2018, pp. 117-153.
- Chapionniere, J.L., “Del empleo de inyecciones hipodérmicas de morfina en las diversas formas de disnea”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 21, núm. 17, 1879, pp. 145-148.

- Chavolla, Francisco, Breve estudio sobre la morfinomanía, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1886.
- Davenport-Hines, Richard, *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Escohotado, Antonio, *Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza Editorial, 1989.
- Galindo, Refugio, “Envenenamiento con morfina tratado por inyecciones subcutáneas de café”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 17, núm. 12, 1882, pp. 17-22.
- Hernández Hernández, Eleno, Breves consideraciones sobre la morfinomanía, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1922.
- Lescano, Antenor, Contribución al estudio de la morfinomanía, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1898.
- Ordorika, Teresa y Adriana Murguía. *La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.
- Pérez Montfort, Ricardo, *Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*, México, Debate, 2016.
- Rodríguez, Martha Eugenia, “¿Por qué surgió la *Gaceta Médica de México*?”, en *Gaceta Médica de México*, núm. 154, 2018, pp. 425-426.
- Sánchez, Francisco I., Apuntes sobre la morfinomanía, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1883.
- Schievenini, Domingo, La criminalización del consumo de marihuana en México, 1912-1961, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Doctorado en Historia, 2018.
- Tapia y Ayala, Rogaciano, Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfinomanía, México, Universidad Nacional de México, Tesis, 1920.

Capítulo III

Representaciones médicas en los murales del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza en la Ciudad de México

Rebeca Vargas Olmos

Introducción

La atención médica hospitalaria en México tiene sus orígenes en instituciones religiosas que surgieron en el siglo XVI,¹ por ejemplo, el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora conocido como de la Inmaculada Concepción (actual Hospital de Jesús) fundado por Hernán Cortes en 1524 y, el Hospital Real de San José de los naturales (Hospital Real de indios) “para los pobres indígenas”,² sin embargo, es hasta el último tercio del siglo XIX, en el gobierno de Porfirio Díaz, cuando se favoreció el desarrollo científico médico. En las décadas de 1930 y 1940 se inicia el modelo de construcción hospitalaria que prácticamente seguiría durante el resto del siglo XX. Se construyen en esta época el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Infantil y el Hospital Manuel

¹ Mauro Loyo Varela, “Hospitales en México”, en *Cirugía y cirujanos*, México, vol. 77, núm. 6, noviembre-diciembre de 2009, pp. 497-504.

² De esta época es también el Hospital del Amor de Dios para los enfermos de sífilis. En el siglo XVIII se crea el Hospital de San Andrés para atender a los enfermos de la epidemia de viruela de 1779. Una vez que termina la emergencia este hospital permanece con carácter de “general” en México. Rebeca Vargas Olmos, “El muralismo hospitalario. Una manifestación del vínculo entre el arte y la medicina”, en *Revista de Sanidad militar*, México, vol. 77, núm. 4, octubre-diciembre de 2023, pp. 1-8.

Gea González.³ En 1943 aparece en el *Diario Oficial* la ley del Seguro Social mexicano y en 1944 inicia sus funciones el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que debería proporcionar atención médica a los trabajadores y sus derechohabientes, lo que determina la necesidad de contar con instalaciones hospitalarias adecuadas.

Los primeros servicios médicos se prestaron en las propias oficinas del IMSS localizadas en las calles de Rosales e Ignacio Mariscal; posteriormente se dieron a conocer contratos de arrendamiento y subrogación con algunos hospitales como la Clínica Lincoln, que fueron rápidamente sobrecargados por la demanda, lo que condujo a la planeación de hospitales.⁴ Así, el 12 de julio de 1944 se aprueba la construcción del Hospital de zona número 1 que estaría ubicado frente al monumento a La Raza, se lanza la convocatoria y el proyecto ganador fue el del arquitecto Enrique Yáñez que incluyó en su propuesta dos murales, siguiendo la idea de integrar el arte con la arquitectura, y cumplir así con la connotación de “obra pública al servicio de la comunidad”, donde se conjugara la funcionalidad con espacios más amables y cómodos y la preocupación de la mexicanidad con un sentido social que reflejara el nacionalismo arquitectónico-cultural propuesto por Yáñez.⁵

El gran desarrollo del Instituto Mexicano del Seguro Social propició los nuevos proyectos para hospitales y sentó las bases de la escuela de arquitectura hospitalaria, al tener en su momento los hospitales más modernos, pasando del concepto de “hospital general” al de “centro médico”, sin que desapareciera el primero. La forma de agrupar los servicios de salud y de intensificar las relaciones de comunicación entre especialidades fue adoptando la figura de centro médico, que se

³ Enrique X. de Anda Alanís, “Los hospitales después de la Revolución mexicana” en Víctor Jiménez y Enrique X. de Anda Alanís, *Cuerpo y Espíritu. Cinco siglos de arquitectura médica en México*. México, Secretaría de Salud. 2006, pp. 92-94.

⁴ Fernando Zertuche Muñoz, *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*. México, IMSS, 1980, p. 59.

⁵ Rafael López Rangel, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*. México, Limusa / Noriega Editores/ Universidad Autónoma Metropolitana, 1985, p. 91.

desarrolló sobre todo en la Ciudad de México, con la cualidad de ser nacionales y definieron la modalidad médica mexicana del siglo XX.⁶

Formación de la corriente muralista

La pintura mural en México surgió como una necesidad de los artistas de crear un estilo propio que los alejara de la pintura europea, deseaban construir una estética nacionalista para una identidad cultural mexicana, con la intención de identificar a los mexicanos como tales dentro y fuera del país. La meta del movimiento muralista mexicano era enfatizar la rica tradición cultural de México, reflejar los cambios sociales, los avances técnicos y científicos que se gestaban en el país y hacer llegar el arte a toda la población. Esta corriente inició en 1920 y continuó hasta 1970, periodo en el que los artistas realizaron sus obras en diferentes recintos.

El momento decisivo para la creación del movimiento, fue la reunión de Diego Rivera y David Alfaro Siqueiros en París en 1919, ese momento representa el encuentro de dos realidades: la toma de conciencia política del acontecer nacional vivido por Siqueiros y el desarrollo del lenguaje artístico vanguardista en Europa después de la Primera Guerra Mundial presenciado por Rivera, esta confluencia revela las opiniones que los artistas tuvieron sobre el nacionalismo mexicano y como se materializaron en la pintura mural.⁷

Al regresar a México y reunirse con el secretario de educación, José Vasconcelos, ambos artistas coincidieron con sus ideas respecto a la filosofía que debía inspirar su obra, persiguiendo varios objetivos: educar el gusto, transmitir ideas de patriotismo y de orgullo por lo netamente mexicano, fomentar la igualdad social y llegar al fondo del alma del

⁶ Guillermo Fajardo Ortiz, "La medicina mexicana de 1901 a 2003", en *Revista Mexicana de Patología clínica*, (México), vol. 52, núm. 2, abril -junio de 2005 pp. 118-123.

⁷ Jean Charlot, *El renacimiento del muralismo mexicano 1920-1925*, México, Editorial Domés, 1985, p. 232.

espectador para transformarlo. Por ello la pintura mural debería dirigirse a todo mexicano, instruido o ignorante, pensando en la colectividad y en el individuo; es una pintura que debía poner en contacto al gran público con el gran artista.⁸

Vasconcelos, abogado de profesión y filósofo de vocación, tuvo plena confianza en que, por medio de la educación y la cultura, los mexicanos, y más adelante el hombre nuevo, el hombre iberoamericano, tomarían conciencia de sus problemas y podrían resolverlos. Creó escuelas, bibliotecas, centros culturales, salas de conciertos, orquestas y, decidió fomentar la pintura mural, que representara la historia y los valores nacionales.⁹ Contrató, entre otros, a Diego Rivera, José Clemente Orozco y David Alfaro Siqueiros para pintar los muros de algunos edificios públicos de la capital del país.

En esos murales se insistía en diversos episodios de las luchas populares, entre ellos la Revolución de 1910, que se mostraba como la lucha de los más pobres y explotados por alcanzar la justicia social; también se subrayaba el compromiso del nuevo régimen político con esos sectores mayoritarios. Los pinceles de esos artistas contribuyeron a la elaboración de un discurso sobre la nueva nación, que dejaba atrás a aquélla sustentada en los caciques y privilegiados del régimen de Porfirio Díaz. Vasconcelos consideraba muy importante la difusión del arte entre los sectores populares del país, con el objetivo de fortalecer el espíritu mexicano después de la Revolución. Por ello, decidió disponer de los espacios extensos, en especial de las paredes de pasillos de edificios públicos o escalinatas de mayor circulación de personas para que fueran decoradas por creadores jóvenes mexicanos con motivos

⁸ *Ibid.*, p. 122.

⁹ Esperanza Garrido, *La pintura mural mexicana, su filosofía e intención didáctica*, en *Sophia, Colección de filosofía de la educación*, México, 2009, pp. 53-72, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846107004> (consultado el 12 de junio de 2020).

nacionalistas, intentando con ello dar a conocer una versión de la historia de México, haciendo posible el Renacimiento mexicano.¹⁰

Los muralistas propusieron un arte popular, público, nacionalista y antiimperialista, por ello, se le concibe como uno de los movimientos contemporáneos con sentido social y transformaciones tanto políticas como artísticas, que no estuvo libre de críticas debido a su alto contenido de mensajes políticos y, en algunas ocasiones, se le consideró un medio propagandístico ideológico más que un verdadero movimiento artístico, que tenía como objetivo la fundación de una nueva sociedad.¹¹

Los artistas pintaron en edificios públicos primero por comisión gubernamental, después por contrato con particulares, incluso en otros países, pero siempre con el espíritu de hacer un arte público que dejara huella en quienes lo observaban; que desencadenara preguntas sobre los temas plasmados y ampliara la percepción de la belleza al hacerlos llegar a todas las personas. No es de extrañar que el interés de los artistas se diversificara e incluyera también temas científicos como los relacionados con el área de la salud, así, con la construcción de los nuevos centros hospitalarios surgió también la necesidad de plasmar en sus grandes muros los nuevos ideales del renacimiento artístico mexicano.

En 1945, el arquitecto Enrique Yáñez propone a Diego Rivera y David Alfaro Siqueiros la creación de dos murales en el nuevo hospital de zona número 1 La Raza. Rivera concluyó en 1953 el mural *El pueblo en demanda de salud*, y Siqueiros realizó la obra que tituló *Por una seguridad social completa y para todos los mexicanos*. Ambos murales representan la visión que sus autores tenían de la medicina y de la seguridad social que se consideraba un logro de la Revolución, pues acercaba cada vez más los servicios de salud a la población.

¹⁰ Jorge Alberto Manrique, *Una visión del arte y de la historia*, tomo IV, México, UNAM/IIIE, 2007, p. 199.

¹¹ Ma. Fernanda Feria y Rosa Ma. Lince Campillo. "Arte y grupos de poder: el Muralismo y La Ruptura", en *Revista Estudios políticos*, México, vol. 9, núm. 21, septiembre-diciembre de 2010, pp. 83-100.

Influencia de la medicina en la pintura mural mexicana

La pintura mural surge cuando empieza a vislumbrarse la paz después de la Revolución iniciada en 1910. En sus inicios se representaban las luchas populares y sus ideales, para la década de 1940 el movimiento muralista ya estaba consolidado, la necesidad crítica ya no es necesaria y menos en una institución como el Instituto Mexicano del Seguro Social que se considera uno de los frutos de la Revolución, ahora los artistas plasman los triunfos de la lucha armada, uno de ellos: la conquista del derecho a la salud. Este hecho, aunado al interés personal de los pintores, permitió que la pintura mural también tuviera temas relacionados con la medicina.

El tema de la salud preocupó a Diego Rivera toda su vida. Cuando era estudiante en la Academia de San Carlos se acercó a la Escuela de Medicina donde se incorporó a las clases de Anatomía humana, fue ayudante del doctor Gil Servín y preparador de la clase durante cinco años, esta experiencia contribuyó a sus habilidades como dibujante.¹² Eran grandes sus conocimientos de herbolaria, especialmente la de los antiguos mexicanos; los años que pasó junto a una Frida Kahlo enferma, lo hicieron también acercarse a muchos médicos. Amigo del destacado cardiólogo Ignacio Chávez, su compañero de El Colegio Nacional, y de Benjamín Trillo, director del Hospital de Jesús, eminente cirujano con quien asistía al quirófano, lo que explica su interés por los temas relacionados con la salud. Así, realizó varias obras públicas con esta temática, como las pinturas y vitrales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de 1929-1930; el mural *El hombre en el cruce de caminos* (1934), para el Palacio de Bellas Artes; los murales sobre la *Historia de la Cardiología* realizados para el Instituto Nacional de Cardiología (1943-1944) y, finalmente, su último mural al fresco *El pueblo*

¹² Lolo de la Torre, *Memoria y razón de Diego Rivera*, México, Editorial Renacimiento, 1959, p.196.

en demanda de salud del Hospital La Raza, obra de iconografía profusa en la que están presentes otros dos aspectos que apasionaron al artista: el mundo prehispánico y la reivindicación de la justicia social.

Por otro lado, David Alfaro Siqueiros presenta interés por los adelantos técnicos; continuamente se encuentra experimentando con diferentes materiales en sus composiciones. Las máquinas y los avances tecnológicos fueron una de las obsesiones del pintor, como se puede ver en sus reflexiones sobre el mural *El hombre amo y no esclavo de la técnica*:

El hombre, víctima de sus propios y grandes descubrimientos científicos, se apodera de la energía atómica, la más grande fuerza física del presente y del próximo futuro. Esa fuerza, que por ahora solo se utiliza con fines de destrucción, será usada mañana con fines industriales en el mundo de progreso y de paz. El vehículo de producción industrial en ese mundo ya no será la máquina que oprime al hombre, al hombre-máquina, sino a la máquina-máquina en las manos absolutas del hombre.¹³

Siqueiros pensaba que el hombre tiene el control de las máquinas y que ellas deben estar al servicio del hombre, por ello en su mural del Hospital La Raza plasma con soltura sus ideas sin dejar de lado el tema de la seguridad social que se le solicitó cuando lo hicieron partícipe del proyecto, en él representa un proceso de marcha hacia el logro de la atención de la salud de toda la población y, al mismo tiempo, incorpora las luchas de los trabajadores en una época donde la tecnología avanzaba irremediablemente, lo cual podía ser una ventaja y una amenaza. Siqueiros usa el tema de la medicina para reflejar sus constantes preocupaciones sobre los derechos de los trabajadores, el enfrentamiento entre el comunismo y el capitalismo, y el triunfo de la ciencia sobre la enfermedad.

¹³ David Alfaro Siqueiros, *Me llamaban el coronelazo*, México, editorial Grijalbo, 1977, p. 13.

Esta época se caracterizó por la industrialización del país, el gobierno de Manuel Ávila Camacho (1940-1946) actuó con decisión política y perspectiva social, el gasto social creció en la medida en que se ampliaron los servicios básicos, las acciones de salud y de educación.¹⁴ Se fomentó la creación de hospitales; surge, por ejemplo, el hospital rural, también aumentan las campañas contra enfermedades transmisibles. Estos acontecimientos son vistos por los artistas como dignos de ser representados en sus obras para ser difundidos a la sociedad, ya que el muralismo también cumplía con la función de informar al público. Los hospitales en la primera mitad del siglo XX reflejaban el ingreso del país a la modernidad médica, por ello los murales representan la riqueza de México en temas de salud y sus avances hacia el futuro.

Mural de Diego Rivera

El pueblo en demanda de salud es una obra de Diego Rivera inaugurada el 10 de febrero de 1954, se ubica en el vestíbulo principal del cuerpo central del hospital Centro Médico Nacional La Raza, sobre una pared que se continúa hacia el techo mediante una superficie curva y agrega dos paneles laterales que se proyectan hacia atrás y conducen a los pasillos; cuenta con una superficie total de 120.02 m² de los cuales 112.79 m² corresponden a pintura, y 7.27 m² a mosaico; para realizarlo, se creó una pared de bastidores de hierro recubiertos con aplanado de cemento, cal y polvo de mármol, y en la porción inferior, hay un friso realizado en mosaico de ónix, mármol y otras piedras.¹⁵

¹⁴ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Antecedentes”, en *Desarrollo Social* [Actualización: 16 de junio de 2006]. www.diputados.gob.mx/cesop/. Consultado el 12 de marzo 2023.

¹⁵ Enrique Cárdenas de la Peña, *Centro médico La Raza bosquejo histórico*, México, IMSS, 1976, pp. 172-173.

La imagen del mural está dispuesta de forma horizontal dividida en dos grandes áreas, los colores que más utiliza Rivera son el azul, amarillo, verde, rojo y marrón. Al centro se representa a la diosa Tlazoltéotl,¹⁶ al término de su falda, sobre una franja vertical centrada que se prolonga hasta la porción inferior del mural, Rivera coloca casi doscientos folios de la farmacopea tradicional mexicana tomadas del Códice De la Cruz-Badiano, elaborado en 1552, por Martín de la Cruz y traducido por Juan Badiano, los cuales muestran 272 plantas de la “Herbolaria azteca” que podrían ascender a unas 3,000, según el proto-médico español del siglo XVI, Francisco Hernández, las representaciones del códice son totalmente fieles al original.

A la izquierda de Tlazoltéotl se encuentra plasmado el concepto de medicina científica que se desenvuelve en México a partir de la era de la seguridad social. Rivera utiliza compartimientos individualizados para mostrar que la medicina es única, indivisible y se ejercita gracias a un espíritu de grupo o equipo, en el que cada profesional representa un eslabón. En esta parte del mural se observa al investigador que maneja el microscopio electrónico, el quirófano obstétrico donde el cirujano y sus ayudantes practican una cesárea, una mujer que recibe una transfusión, un médico que realiza un electroencefalograma y en otra escena se puede observar la silueta cardíaca y los electrodos colocados para la toma de un electrocardiograma.

En un espacio más alto están representados los enfermos que acuden a la consulta, las clases trabajadoras que colocan su participación en la mesa que sirve de depósito a los billetes que se acumulan. A la derecha, las clases privilegiadas, enjoradas sinónimos del ocio y la despreocupación. También se observan las figuras de un médico que le habla a las masas procurando alcanzar la solución de sus problemas y la del representante del Estado, con la ley del Seguro Social como norma.

¹⁶ Reproducción exacta de la lámina XIII del Códice Borbónico.

Se observa también, un esbozo de la ciudad: la fábrica, la iglesia con su campanario, el edificio común y el rascacielos.

La medicina prehispánica esta personificada a la derecha de Tlazol-teótl con varias escenas de momentos característicos; se observa una mujer tendida sobre una manta que forra un *petatl*, dando a luz; la partera, ataviada con la indumentaria de los representantes de la diosa de la fecundidad --banda de algodón, husos y penacho--, recibe al producto, junto a ella se encuentran varias vasijas y una cazuela con los restos placentarios. Dos mujeres con lesiones sobre las mamas son atendidas con paños por ayudantes de medicina. Un hombre de pelo cano, grandes orejeras y manto o *tilmatli*, luce como preparador de medicamentos; junto a él, una indígena se ocupa en el raspado de unas tortillas contaminadas con hongos, algunas calabazas mohosas sugieren la elaboración de algún tratamiento contra las parasitosis intestinales. Un hombre ofrece un bebedizo blancuzco a un paciente, junto al árbol de la vida. Otra persona recibe la instilación de algún tipo de colirio y dos figuras representan una craneotomía. Se observa también un niño pequeño en manos de las curanderas balanceándolo cabeza abajo, realizando el “pegamiento y levantamiento de la mollera” a la usanza indígena.¹⁷ Un entablillado y vendaje por probable fractura es aplicado a un joven. Las enfermedades de la piel están representadas en forma de bubones en un enfermo desnudo con el abdomen prominente, el cual ingiere un bebedizo rojizo con una cuchara de madera. Una mujer embarazada está a punto de ingresar al temazcalli, baño donde se acostumbra a limpiar a la próxima parturienta, es un procedimiento

¹⁷ Menciona Sahagún: “Cuando no cae la mollera, la curandera de este modo cura a los niños: cuelga al niño de cabeza abajo, le sacude la cabeza para un lado y para otro, le aprieta el paladar; algunas atraen con el aliento y también aprietan el paladar y con algodones se lo embuten: unos sanan con esto, otros no sanan; y también es semejante a esto el modo como punzan a los niños, y con esto luego se mueren, con sobarlos con sal, o sobarlos con tomate”. Bernardino de Sahagún, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, vol. IV, Apéndice III, México, Porrúa, 1979, p. 314.

higiénico y sinónimo de purificación. La atención dental también está presente en el mural, se prepara alguna cavidad o alguna pieza.

Este mural confirma la capacidad de síntesis de Rivera: aspectos históricos, sociales y humanos conjugados como preocupación individual, al demostrar que la medicina ha evolucionado. La preocupación esencial del artista era la claridad y la objetividad aunada a una función didáctica que sirviera de refuerzo al aspecto temático y también al estético; en la medicina antigua se percibe al hombre buscando la salud, pero con sentido humano, mágico y ritual. En la medicina moderna hay un orden estructurado; es la búsqueda de la salud por medio de la ciencia: el hombre al servicio del hombre. La tecnología, la ciencia y la cultura de la salud que se entiende y se aplica de forma moderna (figura 1).



Figura 1. Diego Rivera, *El pueblo en demanda de salud*. Fresco, 1953. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza”, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México. *Patrimonio artístico IMSS 70 Años 1943-2013*, coord. José Antonio Espinosa López. Textos: Davayane Amaro, Carla Zurian, María Estela Duarte y Leticia López Orozco, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

Mural de David Alfaro Siqueiros

El mural *Por una seguridad social completa y para todos los mexicanos* se encuentra en el Auditorio del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, del Centro Médico Nacional La Raza, del IMSS; fue realizado por David Alfaro Siqueiros (1951-1954) con la técnica de vinilita, piroxilina y silicona sobre tela montada en masonite. Tiene una superficie de 310m². El tema solicitado fue “Apoteosis de la vida y la salud: Canto a la Ciencia” que debería tener un tratamiento “eufórico, alegre y de gama brillante, destinado a exaltar, fundamentalmente, el cuerpo humano en su estado de mayor vitalidad; las flores y los frutos”.¹⁸

El propio Siqueiros diseñó, junto con el arquitecto Enrique Yáñez, el espacio de planta ovoide donde se encuentra esta obra, el cual semeja la forma de una concha por sus paredes curvas que se continúan hasta el plafón. Inaugurado con su nombre actual el 18 de marzo de 1955, después de un largo periodo de realización que se vio interrumpido de manera intermitente por la participación del artista en otros proyectos. Esta es una de las obras murales fundamentales de Siqueiros, especialmente por los resultados que obtuvo en cuanto a dos conceptos que le son esenciales: la integración plástica que hace referencia a la intención de pintores, escultores y arquitectos por proyectar obras donde se integraran de manera total las artes visuales. En particular, Siqueiros opinaba que el pintor muralista debía diseñar junto con el arquitecto los espacios que recibirían la obra mural, situación que se hizo realidad en este vestíbulo; y la perspectiva poliangular, con ella se alude a un problema ligado con la percepción que le interesaba al muralista.

Durante los tres años que llevó la ejecución del mural, el artista realizó dos versiones de la obra. La primera estuvo más apegada al

¹⁸ Contrato entre el IMSS y David Alfaro Siqueiros para realizar el mural en el hospital La Raza, 1951. <https://icaa.mfah.org/s/es/item/796041#?c=ftm=fts=ftc-v=ftxywh=-698%2C109%2C4094%2C2291>.

planteamiento expresado en el contrato que el artista firmó con el Departamento de Construcciones del IMSS el 21 de julio de 1951, con un tratamiento celebratorio y festivo, casi bucólico del tema “apoteosis de la vida y la salud”. Posteriormente, el mismo Siqueiros modificó sustancialmente esta versión con la finalidad de enfatizar su visión dramática de la lucha por el derecho a la salud y añadió en esta versión definitiva de la obra los símbolos de la energía atómica y de diferentes civilizaciones de la humanidad, que coronan el plafón.

El mural está dividido en tres secciones, a la izquierda: un obrero, herido en un accidente de trabajo, espera las primeras atenciones médicas por parte del Seguro Social. A la derecha: figuras que representan la raza mexicana; mujeres con flores y frutos y niños sanos todos ellos en actitudes eufóricas, reflejando la alegría de la vida. En otro contingente dirigido por el obrero industrial, que puede ser un minero, marchan el intelectual, un médico y tras de ellos la juventud trabajadora y estudiantil. Entre las dos grandes secciones, divididas por la figura del sol, un contraste de color: tonos negros dramáticos cubren la sección izquierda, frente a los tonos vivos rojizos y naranjas alegres de la derecha.

La figura central del mural es Prometeo, el héroe civilizador que roba a los dioses el fuego para entregárselo a los seres humanos. Aquí parece marcar el cambio, la transformación de una sociedad pasiva, de obreros resignados que se encuentran inmersos en un paisaje oscuro y poco alentador surcado por rascacielos; a una sociedad en movimiento, en la que las campesinas, trabajadores industriales, intelectuales y estudiantes luchan por mejorar su calidad de vida, rodeados por un entorno que remite a distintas civilizaciones, donde destacan la pagoda, la torre gótica, así como las pirámides egipcia y mesoamericana.

Con la escena del obrero que yace arrastrado por una cinta rodante, exánime, mientras sus compañeros de trabajo lo contemplan con resignación el artista quiere expresar que el hombre actual vive en una época tecnológica caracterizada por la invasión de la máquina y cómo esta reemplaza al humano en sus actividades manuales. Mientras que,

en la parte central del mural, Prometeo, representa el cambio social, el régimen naciente que ha de alumbrar a todos por igual, sinónimo de todo aquello que todavía no se cumple, de una seguridad integral que ha de lograrse.

Sobre el muro frontal, dos grupos expresan la solidaridad y la exigencia de los derechos que les asisten para disfrutar de un mejor nivel de vida: el de las campesinas que caminan con paso firme hacia el triunfo con ramilletes de espigas y flores en colores vivos que representan la alegría y la cosecha que el esfuerzo les suministra; y el de los obreros y estudiantes, portadores de banderas desplegadas en pie de lucha. La multitud está pendiente del empuje de la seguridad social.

En este mural, Siqueiros plasma con soltura sus ideas políticas sin dejar de lado el tema de la seguridad social que se le solicitó cuando lo hicieron partícipe del proyecto, los bocetos iniciales eran más acordes al planteamiento original, sin embargo, no desaprovechó la oportunidad de dejar constancia una vez más de sus ideales y envuelto de una simbología casi clásica de su estilo, representa un proceso de marcha hacia el logro de la atención de la salud de toda la población (figura 2).

Conclusiones

Los murales del hospital La Raza transmiten un mismo significado: la ciencia, la medicina y la tecnología como ejes para entender el valor de la seguridad social. A pesar de la forma particular de expresión de cada autor, se puede comprender su interés por hacer llegar a la comunidad su visión de la salud y la lucha para conseguir ese beneficio. La pintura de Diego Rivera tiene la intención de mostrar los contrastes entre la medicina prehispánica y la atención médica asistida por la tecnología con una visión académica que invita al espectador a la contemplación de la obra. Siqueiros en cambio, convence enfáticamente y se enfoca en la lucha como el camino para lograr la seguridad social. Ambos artistas utilizan



Figura 2. David Alfaro Siqueiros, "Por una seguridad social completa y para todos los mexicanos". Vinilita, piroxilina y silicona sobre tela montada en masonite, 1951-1954. Auditorio del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México. *Saber IMSS, Patrimonio cultural del IMSS*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2021.

la ciencia y la medicina para enseñar los avances en la atención de la salud como un logro de la Revolución; y al hospital como un espacio donde la medicina podría tomar nuevas direcciones.

El arte mural se entrelaza con la medicina porque da testimonio del advenimiento de la construcción del modelo de seguridad social vigente en México y celebra las conquistas del conocimiento biomédico junto con las gestas sociales y políticas. Estos murales con sus representaciones médicas transformaron los edificios hospitalarios en espacios públicos con un interés comunitario.

Bibliohemerografía

- Alfaro Siqueiros, David, *Me llamaban el coronelazo*, México, Grijalbo, 1977.
- Anda Alanís, Enrique X de, “Los hospitales después de la Revolución mexicana” en Víctor Jiménez y Enrique X, De Anda Alanís, *Cuerpo y Espíritu. Cinco siglos de arquitectura médica en México*. México, Secretaría de Salud. 2006, pp. 92-94.
- Cárdenas de la Peña, Enrique, *Centro Médico La Raza, bosquejo histórico*, México, IMSS, 1976, pp. 172-173.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Antecedentes”, en *Desarrollo Social* [Actualización: 16 de junio de 2006]. www.diputados.gob.mx/cesop/. (Consultado el 12 marzo 2023).
- Charlot, Jean, *El renacimiento del muralismo mexicano 1920-1925*, México, Editorial Domés, 1985.
- “Contrato para la ejecución de una pintura mural que celebran por una parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, representado por su Director General, señor Antonio Díaz Lombardo, y por la otra el señor David Alfaro Siqueiros como contratista al tenor de las siguientes cláusulas. Estados Unidos: International Center for the Arts of the Americas at the Museum of Fine Arts, Houston”. <https://icaa.mfah.org/s/es/item/796041#?>
- Fajarado Ortiz, Guillermo, “La medicina mexicana de 1901 a 2003”, en *Revista Mexicana de Patología clínica*, (México), vol. 52, núm. 2, abril-junio de 2005 pp. 118-123.
- Feria, Ma. Fernanda y Rosa Ma. Lince Campillo, “Arte y grupos de poder: el Muralismo y La Ruptura”, en *Revista Estudios políticos*, (México), vol. 9, núm. 21, septiembre-diciembre de 2010, pp. 83-100.
- Garrido, Esperanza, *La pintura mural mexicana, su filosofía e intención didáctica*, en *Sophia, Colección de Filosofía de la educación*, México, 2009, pp. 53-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846107004> (consultado el 12 de junio de 2020).

- López Rangel, Rafael, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*, México, Limusa / Noriega Editores/ Universidad Autónoma Metropolitana, 1985.
- Loyo Varela Mauro, "Hospitales en México", en *Cirugía y cirujanos*, México, vol. 77, núm. 6, noviembre-diciembre de 2009, pp. 497-504.
- Manrique, Jorge Alberto, *Una visión del arte y de la historia*, tomo IV, México, UNAM/ IIE, 2007, p. 199.
- Patrimonio artístico IMSS 70 Años 1943-2013*, coord. José Antonio Espinosa López. Textos: Davayane Amaro, Carla Zurian, María Estela Duarte y Leticia López Orozco, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
- Saber IMSS, Patrimonio cultural del IMSS*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2021.
- Sahagún, Bernardino de, "*Historia general de las cosas de la Nueva España*", vol. IV, Apéndice III, México, Porrúa, 1979, p. 314.
- Vargas Olmos, Rebeca, "El muralismo hospitalario. Una manifestación del vínculo entre el arte y la medicina", en *Revista de Sanidad militar*, México, vol. 77, núm. 4, octubre-diciembre de 2023, pp. 1-8.
- Torriente Lolo de la, *Memoria y razón de Diego Rivera*, México, Editorial Renacimiento, 1959.
- Zertuche Muñoz, Fernando, *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, México, IMSS, 1980.

Capítulo IV

Hospital Industrial San Lunes en Hidalgo, México (1906-1943)

Héctor Alejandro Ruiz Sánchez,¹ Gabino Sánchez Rosales

Introducción

El presente capítulo está enfocado a destacar la trayectoria de los hospitales industriales en México como lugares de atención y asistencia para trabajadores y, su papel clave en el desarrollo de las empresas minero metalúrgicas.

Para alcanzar nuestro objetivo, nos apoyamos en fuentes primarias y hemerográficas que generaron las Compañías de minas en el Distrito Minero Pachuca-Real del Monte, que se encuentran en el Archivo Histórico de la Compañía de Real del Monte y Pachuca, Fondo Compañías Filiales y / o Subsidiarias, las cuales, a pesar de su fragmentación, constituyen la piedra angular de esta investigación histórica. Las fuentes secundarias son publicaciones como el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* (editado por las Compañías Santa Gertrudis, Compañía Beneficiadora de Pachuca, Compañía General de Inversiones Mineras y

¹ Texto elaborado como estudiante de doctorado. Mi gratitud al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la oportunidad de desempeñarme como becario (CVU 822106) del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, en el campo del conocimiento de Humanidades en Salud, campo disciplinario Historia de las Ciencias de la Salud.

la Compañía Dos Carlos). Otra fuente relevante es el *Boletín Minero. Órgano del Departamento de Minas de la Secretaría de Industria Comercio y Trabajo*, publicación que contiene rica información relativa a los hospitales debido a los estudios que dicha Secretaría realizaba, como parte de los informes de inspección a las minas en nuestro país. Contribuir a la historiografía de los hospitales mineros, ofrece diversas aristas de estudio como las enfermedades, accidentes, la práctica médica y la salud en el trabajo, entre otras.

El Distrito Minero de Pachuca-Real del Monte, en el estado de Hidalgo, es campo fértil para el estudio de los hospitales industriales, aunque el tema ha sido previamente abordado, la historiografía no es tan amplia. Los hospitales mineros en México se conocen por fuentes especializadas del rubro de la minería y, por obras generales sobre esta industria extractiva, por ejemplo, *El Estado y la minería mexicana*.² Existieron otros hospitales en el Distrito Minero de Pachuca-Real del Monte, como los de la Compañía Minera de San Rafael y Anexas, la Compañía Minera de Atotonilco el Chico y la Compañía Real del Monte y Pachuca,³ que por la brevedad de este artículo no abordaremos.

Una de las principales fuentes a estudiar es la tesis de maestría de María Teresa Ruiz, *La incorporación de los mineros a la seguridad social*, en la cual presenta un panorama de los servicios médicos en los centros mineros de Cananea, Sonora; San Luis Potosí, y Guanajuato.⁴ Cabe mencionar que las empresas fundidoras de la época fueron otro sector industrial que vio la necesidad de abrir hospitales, entre ellos:

² Juan Luis Sariago, et al., *El Estado y la minería mexicana: política, trabajo y sociedad durante el siglo XX*, México, FCE / SEMIP / INAH / Comisión de Fomento Minero, 1988, p. 571.

³ Héctor Alejandro Ruiz Sánchez, *Los Hospitales Industriales en la Comarca Minera Pachuca- Real del Monte (1906-1926)*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de maestría, 2020, p. 204.

⁴ María Teresa Ruiz González, *La incorporación de los mineros a la seguridad social*. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Tesis de maestría, 1997, p. 178.



Personal del Hospital de la Compañía Santa Gertrudis 1924 c.a. Encabezado por el doctor Numa Spínola. Imagen tomada del informe de Carlos Cuervo, *Protejamos al Minero*.

Hospital Fundición el Plomo, Hospital de la Fundición de Aguascalientes y el Hospital de la Fundición de Mapimí.⁵

Como mencionamos, el propósito de la presente investigación es conocer y comprender la conformación y organización del Hospital San Lunes y el Servicio Médico de la empresa Santa Gertrudis, en cuanto a algunos aspectos generales como su funcionamiento, población, objetivos, personal que lo conformaba y los facultativos que trabajaron en este hospital industrial.⁶ La temporalidad considerada es a partir del año 1906, cuando es adquirida por empresarios británicos, hasta el año de 1943, fecha máxima, en la cual se localizó información del personal que laboró en el Hospital San Lunes.

⁵ *Boletín Minero. Órgano del Departamento de Minas, Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo*, t. XIV, núm. 2, septiembre de 1922.

⁶ Es preciso señalar que esta compañía tenía empresas subsidiarias: Compañía Beneficiadora de Pachuca; Compañía General de Inversiones Mineras, y Compañía de Dos Carlos. Así mismo, las minas que operaban estas empresas respectivamente eran El Bordo, Dos Carlos, El Cristo, Molino Nuevo y Santo Tomás.

No cabe duda que los hospitales industriales para trabajadores mineros fueron sitios en los que la medicina y la práctica médica tuvieron un amplio campo para su aplicación; lo cual se puede observar en la presente reconstrucción histórica de las acciones de la empresa en torno a la prevención y atención a la salud.

Hospitales industriales

Las compañías mineras que se establecieron en México durante la primera mitad del siglo XX, conformaron lo que se denomina hospitales industriales mineros. Instituciones que se mantuvieron después de la vorágine de la Revolución Mexicana, pero tomaron diferentes formas de operación, encuadradas dentro de la organización de la empresa y, en especial, al interior del Departamento Médico, que existió junto a otros, como el Eléctrico, Exploración y explotación, Mecánico y Beneficio. En las primeras décadas del siglo XX, la organización de los departamentos médicos a los cuales pertenecían los hospitales industriales contaban con estaciones de curación o botiquines y departamentos de primeros auxilios que, normalmente, se localizaban al exterior de las minas. De modo general, esta era la organización fundamental del Departamento Médico existente en las compañías mineras.

Lo particular de los departamentos, lo constituía el denominado Hospital Industrial Minero, cuya vida social estaba asociada a la vida productiva de la mina y de la compañía, aunque con rasgos propios. De ahí que estos hospitales industriales mineros se caracterizaran por constituir edificaciones ejecutadas por empresas minero metalúrgicas, en un perímetro cercano a las minas o áreas de trabajo, como el Hospital San Lunes de la Compañía Santa Gertrudis.

Otros hospitales industriales se construyeron en lugares que no estaban en las inmediaciones de las minas, talleres o fábricas, pero sí en puntos estratégicos de fácil acceso, y contaban con ambulancias para

el traslado de los heridos al hospital. Las grandes empresas tuvieron capacidad de brindar servicios médicos más completos, descontaba un porcentaje del salario a los trabajadores.

Los edificios presentaban una arquitectura funcional y moderna; contaban con energía eléctrica, sala de medicina y una de operaciones, gabinete de rayos X, algunos tenían laboratorio, sala de esterilización, botica, sala de hospitalización o de encamados, sala de curaciones, sala de consulta, área de rehabilitación, así como casa para los médicos y el personal de enfermería. Además, disponían de: cocina, área de calderas, lavandería, morgue, dispensario, almacén, oficina; algunos tenían jardín central. Existieron otros hospitales, instalados en lugares más alejados, pero con lo básico para la atención médica y quirúrgica.

Hospital San Lunes de Santa Gertrudis: antecedentes y creación

Los orígenes se enmarcan en la necesidad de la compañía para dar prevención y atención médica a los mineros, lo que permite señalar que estamos frente a un hospital minero o hospital industrial, situado en el Municipio de Mineral de la Reforma. Dicha compañía, ubicada al oriente, a escasos kilómetros de la capital del estado de Hidalgo, tuvo sus antecedentes en la década de los setentas del siglo XIX.

Santa Gertrudis fue una de las vetas encontradas y de las más productivas, lo que motivó la apertura de otras minas a lo largo de su trayecto; algunas llevaron por nombre San Francisco, San Juan y San Guillermo. Francisco Rule, uno de los accionistas principales y director de la Compañía, hasta 1883, construyó para su residencia y oficinas el edificio que actualmente ocupa la Presidencia Municipal de Pachuca. Otro

de los accionistas importantes fue José Landero y Coss, quien también en 1901 fungió como su director.⁷

En 1927, la Compañía Santa Gertrudis fue adquirida por un grupo de empresarios británicos: The Camp Bird Co., que contaba con acciones en Estados Unidos. Para la segunda década del siglo XX, esta empresa tenía como subsidiarias a la Compañía General de Inversiones Mineras, la Compañía Beneficiadora de Pachuca y la Compañía Dos Carlos. Contaba, aproximadamente, con 27 fundos mineros en una extensión de 3,523.31 hectáreas.⁸

Como parte de la breve historia de la compañía, se puede señalar que en 1917 estalló una huelga que fue resuelta con un aumento salarial. La producción de mineral de 1914 a 1924 fue de 3.44405 toneladas métricas. Otro aspecto a destacar, es el salario mínimo que era de \$1.80 por jornada de ocho horas para los trabajadores del interior de la mina y, \$1.50 para quienes trabajaban en el exterior.⁹

Respecto al Hospital de San Lunes, este fue conocido de esta manera por su localización en las inmediaciones de la mina del mismo nombre y contiguo a la hacienda de beneficio.¹⁰ El nombre de San Lunes deriva de una construcción simbólica del imaginario de las clases trabajadoras, de extender la idea de los días santos al lunes de cada semana, lo que significaba santificar ese lunes, con el objetivo de justificar la ausencia a las minas, ya que era considerado un “sacrilegio” trabajar ese día. Así que bajo el amparo de San Lunes, faltar al trabajo era una oportunidad para continuar con las festividades patronales, o bien, recuperarse de

⁷ Javier Ortega Morel, *Una aproximación a la historia de la minería del Estado de Hidalgo*, Pachuca: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, 1997, pp. 69-70.

⁸ Aurelio García, “Reseña Minera del Estado de Hidalgo”, en *Boletín Minero. Órgano del Departamento de Minas. Secretaría de Industria Comercio y Trabajo*. México, noviembre de 1924, p. 173.

⁹ Carlos Cuervo, *Protejamos al Minero*. México D.F. 192?, pp. 63-74. Informe consultado en la Hemeroteca Ezequiel Ordoñez del AHMM.

¹⁰ Espacios propios de la industria minera, en los que se realizaba el proceso de separación de minerales, el beneficio en sí fue la obtención de plata y oro, por medio de procesos químicos metalúrgicos.

la resaca provocada por los excesos de entregarse a los brazos de los dioses (del pulque): Cenzone tochtin, Ome Tochtli, y Mayahuel la diosa del maguey.¹¹

Conviene resaltar que el consumo de esa bebida fue una práctica usual entre los trabajadores de la comarca minera en el estado de Hidalgo.¹² Particularidad que permitió que el subgerente de la Compañía Santa Gertrudis, J.H. Nabo, atribuyera los accidentes de trabajo entre los mineros a su alto consumo al interior de las minas, así como a la falta de cuidado y apatía de los trabajadores frente a las consecuencias de tal hábito. Para reducir los riesgos, organizaron el Departamento de Primeros Auxilios y los puestos de socorro al interior de las minas y en los patios.¹³ Esto también generó campañas anti alcohólicas en las compañías mineras; cabe destacar que, en otras latitudes industriales, también existió la noción del “San Lunes”, por lo que no solo fue característica de los trabajadores mexicanos.¹⁴

¹¹ Alfredo López Austin, “Los hijos de Mayáhuel”, en *Invundación Castálid. Revista de la Universidad del Claustro de Sor Juana*, México, núm. 23, agosto de 2023, pp. 83-86. http://revistaselclaustro.mx/index.php/inundacion_castalida/article/view/928

¹² Con relación al pulque en la región, así como la producción y consumo, los distintos tipos de agaves, haciendas y ranchos pulqueros, *vid.*, Ramón Almaraz, “Memoria de los trabajos ejecutados por la comisión científica de Pachuca en el año de 1864”, Facsimilar, Pachuca, Universidad Autónoma de Hidalgo, 1993, pp. 82-208.

¹³ Carlos Cuervo, *Protejamos al Minero*, p. 74.

¹⁴ Benjamín Fong señala: “Hubo otro motivo que explica la santificación del sábado durante el siglo XIX: en este caso no se trata de la ‘ilegitimidad’ del domingo, sino de la del lunes. Según un poema de George Davis, en la Inglaterra preindustrial: ‘Gente de cualquier rango, de vez en vez obedecía / todas las orgías festivas de este jocosos día’. No fueron solo los obreros calificados, sino que, para desazón de los emprendedores emergentes, todas las clases trabajadoras celebraban el ‘San Lunes’ como un día de descanso”, “La invención del fin de semana”, en *Conversaciones sobre historia*, 14 de diciembre 2021. (Consultada 30 de enero 2024). <https://conversacionsobrehistoria.info/2021/12/14/la-invencion-del-fin-de-semana/>

Reglamentación y contratos colectivos

En 1912 se expidió en México el *Reglamento de Policía y Seguridad en el trabajo de las Minas*,¹⁵ el cual indicaba en el artículo sexto, que los dueños de las compañías mineras deberían tener disponibles, en las minas, medicamentos y medios de socorro inmediatos para heridos. Cuando el número de trabajadores excediera de cien, precisaban contar con un médico cirujano. En su tiempo fue considerado como un reglamento peculiar en su tipo y relevante en el contexto de esta investigación, ya que en él se ordenaba ofrecer servicios hospitalarios para los trabajadores y atenderlos médicamente, algo que las compañías mineras pusieron en marcha.

Cabe señalar que, en enero de 1926, se expidió el Reglamento General Núm. 2,¹⁶ que rigió la actividad de las tres compañías mineras de la zona de Real del Monte y Pachuca (antecede al Contrato Colectivo de Trabajo Núm. 3, 1934). En su artículo 22 refería las obligaciones de las compañías para establecer puestos de primeros auxilios, abastecimiento de insumos y ambulancia para heridos. Los dictados remitían al antiguo Reglamento de Policía y Seguridad en el trabajo de las Minas de 1912.

Una década más tarde, como se comentó, el 1º de agosto de 1934, se publicó el Contrato Colectivo de Trabajo Núm. 3,¹⁷ celebrado entre

¹⁵ *Reglamento de Policía y Seguridad en los Trabajos de las minas. Expedido por el Ejecutivo de la Unión, México, Imprenta y Fototipia de la Secretaría de Fomento, octubre 1912, p. 15.*

¹⁶ *Reglamento General Núm. 2. Que regirá en las diversas dependencias de la Cía. Real del Monte y Pachuca, Cía. de Santa Gertrudis, S.A. y Neg. Minera de San Rafael y Anexas, S.A. México, Tip. Cía. de R. del M.Y.P, 1926. p. 20.*

¹⁷ El Contrato Colectivo de Trabajo Núm. 3 fue el primero en celebrarse entre las compañías mineras que se refieren, entre ellas la Compañía Santa Gertrudis. Hasta el momento no se han localizado contratos colectivos de trabajo posteriores de esta compañía. Algunas empresas se diluyeron al paso del tiempo y otras fueron “absorbidas” por la Compañía Real del Monte y Pachuca, la cual fue hegemónica en la región en la década de los ochenta, como paraestatal de 1947 a 1985. Aún perdura

el Sindicato Industrial de Trabajadores Mineros del estado de Hidalgo y la Compañía Real del Monte y Pachuca, Negociación Minera San Rafael y Anexas, Compañía Beneficiadora de Pachuca, Compañía Minera de Santa Gertrudis. Compañía Minera de Dos Carlos, y Compañía General de Inversiones Mineras. En su capítulo XIII se asentaron los temas sobre riesgos profesionales, la necesidad de establecer hospitales, brindar asistencia médica y suministro de medicinas.¹⁸

En ese marco, la Compañía Santa Gertrudis organizó un servicio médico que incluía puestos de socorro y el hospital conocido como San Lunes, del que no se ha identificado el momento exacto de su apertura, pero cuya inauguración, en términos oficiales, correspondería a las fechas de celebración del contrato colectivo de trabajo señalado. Hay que destacar que en el año de 1912, dicha compañía deducía 3% de los jornales a sus empleados y trabajadores para el fondo del servicio médico-quirúrgico, con el cual auxiliaban a las familias de los trabajadores y a los operarios que resultaban con lesiones en el desempeño de su trabajo.¹⁹ Esa condición permite señalar que el Hospital de San Lunes, ofrecía servicio desde principios del siglo XX, en esa compañía.

en la entidad como subsidiaria de la controvertida empresa siderúrgica Altos Hornos de México, involucrada en corrupción y endeudamiento con proveedores y el gobierno. Arturo Vázquez, “Coahuila.La controversial impunidad en Altos Hornos de México”, en *La Izquierda Diario*, México, 6 de octubre de 2023. <https://www.laizquierdadiario.com/La-controversial-impunidad-en-Altos-Hornos-de-Mexico>.

¹⁸ *Contrato Colectivo de Trabajo Núm. 3*. Celebrado entre el Sindicato Industrial de Trabajadores Mineros del Estado de Hidalgo, Compañía Real del Monte y Pachuca, Negociación Minera San Rafael y Anexas, Compañía Beneficiadora de Pachuca, Compañía Minera de Santa Gertrudis. Compañía Minera de Dos Carlos, Compañía General de Inversiones Mineras, México; 1934, p. 71. En adelante (CCT, Núm. 3).

¹⁹ Albert Groethe, Leopoldo Salazar, *La Industria Minera de México*, t. 1. Estados de Hidalgo y de México, México, Imprenta y Fototipia de la Secretaría de Fomento, 1912, p. 113.

Como se comentó, desde 1912 la compañía analizó mejorar el servicio médico con la finalidad de que el hospital estuviera adecuadamente instalado.²⁰ A reserva de localizar más datos de archivo, es posible que el hospital haya sido proyectado en las últimas décadas del siglo XIX, ya que Santa Gertrudis solicitó permisos para la explotación de minerales en 1874, probablemente, desde ese entonces se ofrecían servicios médicos. No se descarta la posible participación de sociedades mutualistas de obreros de Santa Gertrudis, las mutualidades obreras y las asociaciones sindicales, que plantearon tempranamente las necesidades colectivas de atención médica.²¹ Por lo tanto, las organizaciones mutuales pudieron “motivar” a los directivos de la compañía a establecer el hospital, dada la organización que estas tenían, como la Sociedad de Perforistas “Auxilios Mutuos de Mineral del Monte”.²² De igual manera, la reglamentación fue una parte esencial para que las compañías industriales establecieran medidas de prevención y atención a la salud de los trabajadores, como el Reglamento de Policía y Seguridad en el trabajo de las Minas, la Ley sobre accidentes de trabajo del estado de Hidalgo, el Reglamento General Núm. 2 y el Contrato Colectivo de Trabajo Núm. 3.

²⁰ *Idem.*

²¹ Sus fondos mutuales consideraban prácticamente siempre dos tipos de fondos: uno para huelga, paros, etcétera. Otro para atención médica y gastos funerarios. Es interesante la lectura sistemática de los libros de actas de estas asociaciones de ayuda mutua, constituidas en su mayoría por trabajadores, para entender la noción directa de cómo la salud aparece colocada por los obreros como una demanda básica [...] la capacidad de venta de la fuerza de trabajo está en función directa de las condiciones físicas y psíquicas de los trabajadores y el deterioro de su salud aparece como el límite de sus posibilidades de supervivencia. Eduardo L.M, “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, en *Salud Colectiva* 1, núm. 1, 2005, pp. 30-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>.

²² Enrique Rajchenberg, “De la desgracia al accidente de trabajo. Caridad e indemnización en el México Revolucionario”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 15, núm. 15, 1992, pp. 92-93. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/4111127>.

Ubicación y funciones

Respecto a su ubicación el Hospital de San Lunes fue erigido a corta distancia de la mina y de una estación de salvamento; contaba con aproximadamente siete mil metros cuadrados, colindaba al norte y al oriente con la propiedad de Mauricio Bustamante. Al sur, con el camino a Santa Gertrudis y al poniente con las casas llamadas de San Lunes.²³ En 1924, el Hospital fue atendido por los facultativos Numa Spínola y Manuel Asiáin;²⁴ el médico responsable fue el cirujano Numa Spínola originario de Pachuca, formado en la Universidad Nacional de México. En 1919 obtuvo el grado como médico cirujano y partero con su trabajo final titulado: “Estudio comparativo de los resultados de las linfas vacunales antivarilosas”. Cabe recordar que colaboró en el Consejo Superior de Salubridad de México y fue profesor en el Instituto Científico y Literario de Pachuca.²⁵ Asimismo, socio correspondiente de Hidalgo, en la Academia Nacional de Medicina de México en el año de 1958.²⁶ Spínola fue autor de numerosos artículos en el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, lo cual se abordará más adelante.

En 1925 se inauguró una Estación de Salvamento y Primeros Auxilios en la Mina de Santa Gertrudis, equipada con lo mejor de la época. Se estableció para atender a los trabajadores con lesiones leves, ya fuera al entrar o salir del trabajo, sin interrumpir sus actividades, para evitar el riesgo de que las heridas ocasionadas en la mina se infectaran. Conforme a cierta organización médica, la estación de salvamento sería el segundo nivel de atención, el primer nivel se localizaba en los

²³ AHCRMyP. Fondo: Compañías Filiales y/o Subsidiarias. Serie: Negociación Minera de Dos Carlos. Subserie: Relaciones externas, vol. 241, exp. 66, f. 5., 25 de mayo 1938.

²⁴ Aurelio García, “Reseña Minera del Estado de Hidalgo”, *op. cit.*, p. 173.

²⁵ Libro Azul de México. *Verdades sobre México, Estado de Hidalgo*. Pan American Publicity Corporation, Dedicado a la Asociación y Tipográfica, S.A. de Abogados. Compañía Litográfica. S.A., México D.F., 1921-1922.

²⁶ *Gaceta Médica de México, Órgano de la Academia Nacional de Medicina de México*, t. LXXXVIII, núm. 12, diciembre de 1958, p. 909.

botiquines, puestos de socorros o áreas de primeros auxilios que estaban cercanos a las minas y áreas de trabajo.

La Compañía Santa Gertrudis, por un asunto estrictamente económico, tenía como propósito brindar oportuna atención a los operarios accidentados que, de ser necesario, se canalizaban al hospital con la intención de asegurar su atención, y así evitar infecciones en las heridas causadas por accidentes laborales (si esto ocurría indicaba negligencia de los operarios y no se les pagaba el derecho a la indemnización).²⁷ En ese sentido, conviene precisar que la compañía llevaba a cabo una investigación, de cada caso, con el fin de corroborar que el accidente se hubiese suscitado en el desempeño del trabajo y así asignar la indemnización correspondiente.

Todo ello incrementó sus gastos y ya para el año de 1921, estos eran de \$7,499.93, monto que incluía el costo de la campaña contra accidentes, cabe recordar que para esta actividad se editó el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*.²⁸

Atención médica

Uno de las funciones más importantes de las instituciones hospitalarias es la atención médica que brindan a los pacientes. Por ello, con la finalidad de acercarnos a la atención que se ofreció en el Hospital de Santa Gertrudis, se revisó un resumen estadístico general, que cubre un periodo de once años, en que los operarios de la mina fueron atendidos por el personal del Hospital de San Lunes, dirigido por el doctor Numa Spínola.

²⁷ *Boletín de la Campaña Contra Accidentes, op. cit.*, febrero, 1924, s/p.

²⁸ AHCRMyp. Fondo: Norteamericano, Sección: Relaciones Laborales. Serie: Seguridad. Subserie: Lista y Control de Accidentes, exp. 1. 1921.

Es de llamar la atención que de los documentos consultados entre los años de 1918 y 1919, no aparecen registros de trabajadores de la Compañía Santa Gertrudis contagiados de influenza española, a pesar de que en esa época, el estado, sus regiones y localidades sufrieron los efectos de la pandemia, como fue el caso del personal de la Compañía Real del Monte y Pachuca, así como la población en general. Los operarios desempeñaban los más variados puestos: malacateros, mecánicos, maquinistas, barreteros, herreros, entre otros oficios, y no se descarta la posibilidad que los de Santa Gertrudis y sus subsidiarias perecieran por influenza española y no fueran reportados en sus cifras. Se sabe que, dada la situación de emergencia, un juez civil solicitó ayuda a las empresas mineras de la región para la inhumación de cadáveres, y Santa Gertrudis participó enviando hombres para ese propósito.²⁹

En ese sentido, conviene destacar que para el año de 1925 la población de trabajadores de la compañía era de 4,500.³⁰ Durante el periodo de 1915 a 1925, los facultativos y enfermeras asistieron a trabajadores por causa de accidentes leves, accidentes graves e infectados. Conforme esas estadísticas en el año de 1922, por cada 1,000 pueblos (conjunto de trabajadores de una mina) hubo 37 muertos, mientras que el año que presentó un número mayor de accidentes leves fue 1924, con 156, y para 1925 los accidentes graves aumentaron a 984, con 28 defunciones.

Respecto a los casos de “trabajadores infectados”, el año con mayor número fue 1924, con 122, aunque no se especifica el tipo de infecciones, en los reportes se asume que los mineros sufrieron afecciones por tuberculosis y anquilostomas. Por medio del *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* se orientó a los operarios para que pudieran reconocer los padecimientos más comunes entre la población trabajadora y, así evitarlos:

²⁹ POGH, tomo LI, 8 de diciembre de 1918.

³⁰ Carlos Cuervo. *Protejamos al Minero*, p. 65.

A LOS MINEROS EN GENERAL: No quiera usted morir víctima de la PESTE BLANCA, TUBERCULOSIS, (equivocadamente llamada enfermedad de la mina) la enfermedad existe en todas partes y en todas las industrias, pero usted está más expuesto a contraerla si es víctima de los ANQUILOSTOMAS. ¿Se siente usted débil.- Ha perdido el apetito. Su digestión es mala.- Está usted pálido.- Ha perdido usted peso.- Empieza usted a toser.- Su respiración es fatigosa.- Se siente usted cansado en demasía.- Le domina el sueño? Pida su tratamiento luego, NO LE CUESTA NADA. Pida usted que le enseñen los gusanos en el Puesto de Socorros de la Mina El Bordo.³¹

En 1924, los fundos³² de la Compañía Santa Gertrudis fueron 21, pero se desconoce el dato de trabajadores por cada uno de esos fundos, aunque debemos recordar que el número total de trabajadores fue de 4,500 en 1925. Esto permite tener una idea aproximada sobre la proporción de trabajadores atendidos en el hospital, la cual llegaba aproximadamente al 30% de los operarios, si consideramos que las cifras del primer semestre de 1926 muestran la atención a 1,559 operarios. Cifra insuficiente para conocer el número total de trabajadores atendidos en el hospital por día, mes y año, lo que permite insistir en la búsqueda de otros datos en las fuentes, para comprender de modo más completo las actividades y el saber médico practicados en el nosocomio.

El Hospital de San Lunes estuvo a cargo de los facultativos, Manuel Asiáin y Numa Spínola, así como de otros profesionales de la salud como enfermeras, enfermera en jefe y, de otros colaboradores, como

³¹ *Boletín de la Campaña Contra Accidentes, op. cit.*, enero de 1926, s/p.

³² Los 21 fundos mineros en los que se aglutinaría mano de obra eran: 1) Santa Gertrudis y Demasías. 2) El Potosí. 3) Concordia. 4) Amistad. 5) Alianza. 6) El Arca. 7) El Refugio. 8) Santa Gertrudis la Nueva. 9) Virginia y El Dulce Nombre. 10) Copérnico norte. 11) Copérnico sur. 12) Ampliación de Copérnico. 13) Ampliación de Copérnico al Sur. 14) San Patricio. 15) Demasías del Arca. 16) Dulce Nombre. 17) Norte de Arca. 18) Sin Nombre. 19) Sur de Bonanza. 20) Purísima y al oeste de cinco señores, 21) La Necesidad. Guillermo. García, *op. cit.*, p. 173.

afanadoras, mozos y lavanderas. En el año de 1943, los registros documentales del Hospital de San Lunes proporcionan información sobre el personal del nosocomio, así como del sueldo percibido. Como ejemplo ilustrativo, se mencionan: la encargada María Guadalupe González Morales recibía un sueldo de \$75, las afanadoras Mari Carmen Juárez Ontiveros, P. María Lorenza López Palacios, María Julia González Garduño, Margarita Saucedo Gaitán (de \$2.50, \$2.90 y \$3.10). La lavandera María Dolores Trejo Pérez (\$2.60); por su parte María Luz Falcón Ramos y María Gertrudis Flores Márquez con oficio de criadas [sic] percibían ese mismo sueldo. María Antonio Acevedo Jaso, María Raquel Ramírez Guerrero, como empleadas, ganaban \$2.80. Finalmente, el señor Tomás Reyes González actuó como curandero con un sueldo de \$3.55.³³

Con la aparición del personal de enfermería y otros personajes de la salud que trabajaban al lado de los médicos, se puede deducir que en ese espacio se desarrolló y ejecutó el saber médico, en el sentido que refiere Eduardo Menéndez, sobre la dimensión institucional: “El hospital ha sido el lugar donde los médicos han aprendido y aprenden la práctica de su profesión; es el lugar de aprendizaje, de entrenamiento, y de ejercicio que a través del ensayo y error permite asumir la ‘responsabilidad’ de la atención privada”.³⁴

³³ AHCRMyP. Fondo: Compañías Filiales y/o Subsidiarias 1842-1987. Sección: Negociación Minera de Dos Carlos. Serie: Consejo de Administración. Subserie: Accionistas, vol. 240, exp. 2, fs.17-18. Noviembre 1943. Aunado a la profesionalización de los cuerpos médicos, la práctica de hueseros y curanderos en las minas fue común, legado de varias generaciones, provocado por la migración de sectores de trabajadores del campo que les fue atractivo el trabajo en zonas industriales, vieron la oportunidad de poner en práctica sus saberes, en ese sentido, se observa que el salario del curandero Tomás Reyes es muy por arriba de los demás integrantes del personal, por sus saberes que, evidentemente, en un trabajo como lo es la industria minera, estaba muy activo sanando a los mineros.

³⁴ Eduardo Menéndez, “El modelo médico y la salud de los trabajadores, en Franco Basaglia, *et al.*, *La salud de los trabajadores, aportes para una política de la salud*, México, Nueva Imagen, 1980, pp. 11-51

El Diagnóstico Minero y la Campaña contra Accidentes

Por medio de “El Diagnóstico Minero y la Campaña Contra Accidentes”, realizado en el período 1920-1930, aproximadamente, se puede conocer el accionar del Hospital de San Lunes, a través del informe oficial elaborado sobre diversas compañías mineras en México, así como por la campaña contra accidentes llevada a cabo por la Compañía Santa Gertrudis, ya que muestra información muy concreta de este hospital y las acciones tomadas por las empresas en torno a la prevención y atención de la salud de los trabajadores.

Durante el gobierno de Plutarco Elías Calles (1924-1928), el diputado Carlos Cuervo, al ser nombrado presidente de la 1ª Comisión de Minas, en el marco de la Trigésima primera Legislatura, sus colaboradores Lamberto Ortega y Pablo G. García, fueron comisionados para hacer el recorrido por algunos estados. El resultado de esta actividad fue la elaboración de un diagnóstico en el que observaron las condiciones de los trabajadores de las minas y los servicios de salud, higiene, seguridad, así como las huelgas en ciertas zonas del país.

Los centros mineros y compañías donde se llevó a cabo el diagnóstico fueron Estado de México: El Oro Mining Railway Co. Ltd. Compañía Esperanza y The México Mines of El Oro, Ltd. En Pachuca, Hidalgo: Compañía General de Inversiones, Mineras. Compañía Beneficiadora de Pachuca. Compañía Dos Carlos y Compañía de Real del Monte y Pachuca. En Guadalajara, Jalisco: Cinco Minas Co. Compañía Minera la Piedra Bola y Amparo Mining Company. En Guanajuato, Guanajuato: Guanajuato Consolidated Mining & Co. y The Guanajuato Reduction and Mines Company.

Realizado el diagnóstico por García y Ortega, se presentó un proyecto de Ley.³⁵ Con esta propuesta, en 1925, la intención del diputado Carlos Cuervo fue federalizar las leyes del trabajo en beneficio de la

³⁵ Carlos Cuervo, *Protejamos al Minero*, *op. cit.*, p. 10.

clase obrera. Luego de discusiones y análisis por parte de los gobernadores de los estados de la República y de diversas convenciones obrero patronales, pasaron seis años para que fuera expedida la Ley Federal del Trabajo, el 18 de agosto de 1931.

El diagnóstico realizado por Carlos Cuervo y colaboradores fue de suma relevancia para el país, en él se demostró la importancia de la estrategia realizada por la Compañía Real del Monte y Pachuca, la Compañía General de Inversiones Mineras, la Compañía Beneficiadora de Pachuca y la Compañía Dos Carlos, referente a la organización de campañas contra accidentes, la elaboración de estadísticas y propaganda por distintos medios de divulgación como boletines, murales y volantes para proteger a los trabajadores. Lo anterior, que se dio en el marco de la edificación de la legislación nacional sobre la protección al trabajador, no fue nada desdeñable, de esta manera la Comisión de Minas reconoció la Campaña Contra Accidentes elogiando su labor.

Por una situación de baja producción debido al agotamiento de la veta principal, la Compañía Santa Gertrudis se declaró incosteable en 1935. En 1937, pasó a los trabajadores que constituyeron la Cooperativa de Dos Carlos, en ese año, el hospital seguía prestando servicio. Tiempo más tarde, en un informe realizado por el presidente del Consejo de Administración, Salvador Gil, en el primer semestre del periodo 1939-1940, se presentó una propuesta, posiblemente vinculada al diagnóstico de Carlos Cuervo, con la intención de contribuir a mejorar y atender la salud del gremio y de sus familias, la cual consistió en establecer un espacio para su atención médica en el Hospital Civil de Pachuca. Esto se lograría gracias al apoyo del gobernador del estado Javier Rojo Gómez, quien brindó una sala del nuevo Hospital Civil a los trabajadores de la Cooperativa, sin embargo, desconocemos el tiempo que permaneció abierta, sin descartar la posibilidad de que los servicios médicos para los trabajadores y sus familias se habrían dado en buenas condiciones:

Donde podrán recibir nuestros compañeros lesionados una inmejorable atención, evitándoles las consiguientes molestias que les ocasionen atenderse hasta el Hospital Dos Carlos, además los familiares de los trabajadores como los mismos pueden recurrir a este beneficio cuando los necesiten pues nuestro personal de doctores y enfermeras atenderán exclusivamente a nuestros lesionados y los familiares tendrán acceso a las salas que su enfermedad amerite y serán atendidos por el personal del Hospital.³⁶

Carlos Cuervo, como Comisionado de Minas y sus colaboradores, al visitar Santa Gertrudis encontró un Hospital de San Lunes consolidado y aprovisionado, con los implementos necesarios de la ciencia médica, así como la campaña contra accidentes, y el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* que estaba en circulación. El diagnóstico se basó en preguntas: como el número de obreros que trabajaba en la mina, si la compañía tenía dificultades con los obreros, cantidad de obreros al interior, número de huelgas, cómo se había solucionado la última huelga, las demandas de los obreros, producción anual y número de accidentes registrados. En este sentido, como se mencionó, la determinante se dio por el consumo de pulque; recordemos la relación con el número de accidentes, y si estos eventualmente ocurrían por negligencia de trabajadores a pesar de las medidas adoptadas para proteger la vida del obrero. Así que, gracias al diagnóstico, fueron registradas las condiciones de los trabajadores mineros de la Compañía Santa Gertrudis, así como

³⁶ AHCRMyP Fondo: Compañías Filiales y/o Subsidiarias 1842-1987. Sección: Negociación Minera de Dos Carlos. Serie: Consejo de Administración. Subserie: Actas e Informes, vol. 240, exp.12, f. 6, marzo 1940. El Hospital Civil contaba con doce salas para el internamiento de enfermos, al oriente sala de cirugía de hombres, pacientes pediátricos, medicina de hombres urología, tuberculosos y transmisibles, el ala poniente cirugía para mujeres, ginecología, maternidad y venereología, el pabellón central sala de pensionistas. Silvestre Sánchez Meneses, en *Los hospitales públicos de la ciudad de Pachuca*. México, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. 2011, pp. 164-168.

los servicios de salud existentes, considerando las estaciones de curación con sus respectivo departamento de primeros auxilios. Para el caso particular de Santa Gertrudis, el citado diagnóstico se complementó con fotolitografías de instalaciones mineras, viviendas de trabajadores, fotografías de los métodos empleados en la campaña como carteles de seguridad, grupo de trabajadores y personal del hospital.

Con relación a la Campaña Contra Accidentes, consideramos fundamental no pasar por alto que, el 10 de marzo de 1920 ocurrió un grave accidente, debido a un incendio al interior de la mina El Bordo. La noticia corrió como pólvora entre el pueblo, lo que impactó a la ciudadanía de la época; al paso del tiempo estalló en la memoria colectiva. El incendio arrebató la vida a ochenta operarios, hubo siete sobrevivientes que fueron localizados diez días más tarde. La crónica señalaba: “aproximadamente a las dos de la mañana, se detectó el humo que generaba el fuego en uno de los niveles, tuvieron que pasar cuatro horas para que la alarma diera aviso, algunos mineros lograron escapar de las llamas con ayuda de un elevador”.

Las flamas aumentaron y fue imposible que salieran más operarios, una de tantas controversias se dio porque los directivos ordenaron el bloqueo de los tiros durante tres días con lo cual se apagaría el incendio. Por su parte, el Juez de Distrito dio la instrucción de destapar la boca de los tiros que seguían incendiados. El 16 de marzo los destaparon y las cuadrillas de trabajadores realizaron el descenso. Al pasar hora y media se percataron que el fuego se había extinguido, así que emprendieron las labores de rescate en diferentes niveles de las minas donde se encontraron los ochenta muertos. Los siete trabajadores supervivientes fueron llevados al Hospital de San Lunes el día 17 de marzo. En la historiografía minera y en los archivos históricos existen referencias sobre un sinfín de accidentes del gremio minero, sin duda

alguna, estos formaron parte de la vida cotidiana del trabajo en las minas, pero ninguno tan grave como este incidente.³⁷

El incendio desató una serie de controversias en la época, ya fuera por conveniencia, intereses y complicidades de las autoridades locales con las empresas mineras del México posrevolucionario. En ese contexto, los médicos del Hospital San Lunes, Numa Espínola y Manuel Asiáin jugaron un papel fundamental, al colaborar, dando fe de las autopsias y necropsias de los mineros fallecidos en el incendio. El caso de la quemazón en El Bordo puso el dedo en la llaga sobre las condiciones laborales, e hizo que los ojos de autoridades, ciudadanos y la clase trabajadora del país pusieran atención en las condiciones sanitarias, de seguridad y salud del gremio minero en México, de ahí la propuesta que se mencionó antes del comisionado de minas Carlos Cuervo. Los recursos que destinaron las empresas al Hospital de Santa Gertrudis y a la campaña de seguridad, posiblemente aumentaron a causa del fatídico accidente. En ese contexto vio la luz el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, una publicación mensual destinada a sensibilizar a los trabajadores sobre la seguridad en las minas y prevenir accidentes de trabajo. La edición y publicación estuvo a cargo de las compañías mineras Santa Gertrudis, Beneficiadora de Pachuca, General de Inversiones Mineras y Dos Carlos.

El *Boletín* tuvo como propósito alentar a los trabajadores a evitar accidentes y reconocer aspectos de seguridad y primeros auxilios. No se ha identificado la fecha inicial de la publicación del *Boletín*,

³⁷ Para mayor información sobre el incendio de la mina El Bordo: ARGUMENTUM. *Boletín publicado por Casa de la Cultura Jurídica de Hidalgo*, época primera, año I, núm. 3, mayo-junio de 2006. Fondo: Hidalgo. Sección: Juzgado 1º de Distrito. Serie: Penal, exp. 66, año 1920. Anselmo Estrada Albuquerque, *El incendio de la mina de El Bordo. La máquina del tiempo. Milenio Hidalgo*, 26 de febrero de 2006, pp. 18-19. Yuri Herrera Gutiérrez. *Los demonios de la mimesis: textualidad de una tragedia en el México posrevolucionario*. Disertación presentada para obtener el grado de doctor en Filosofía, Lengua y Literatura Hispana. Berkeley, University of California, 2009, p. 205. Yuri Herrera Gutiérrez. *El incendio de la mina El Bordo*. España, Editorial Periférica, 2018, p. 113.

sin embargo ya estaba en circulación en el mes de enero de 1922.³⁸ Contiene información diversa que permite conocer las actividades del Hospital San Lunes. De tal manera que en el año 1921, como ya se mencionó, los gastos del hospital registrados en el boletín fueron por la cantidad de \$7,499.93, monto que incluía el costo de la campaña contra accidentes. Hay datos de los primeros auxilios, tratamientos, prevención de accidentes, estadísticas de lesionados y sobre los accidentes más notables por mes; estado general de los puestos de socorros, manejo de maquinaria, manuales de primeros auxilios, tratamientos, prevención de accidentes. De igual manera, trata el tema de los contratistas que tuvieron a su cargo el mayor número de lesionados en el hospital de la compañía, temas relacionados con las fracturas, como propuestas de la compañía para alentar a los trabajadores a evitar accidentes y reconocer aspectos tanto de seguridad como de primeros auxilios. La distribución del *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* no tenía costo, hasta el momento, se desconoce el número del tiraje; la impresión se inició en los Talleres Gráficos Adrián, ubicados en la calle de Guerrero núm. 33, de la ciudad de Pachuca, posteriormente, estuvo a cargo de la imprenta El Buen Tono, localizada en el puente de Ocampo, en la capital del estado de Hidalgo.

El *Boletín* y su contenido fueron un complemento al funcionamiento del Hospital de San Lunes. En la publicación se reprodujeron escritos de facultativos, como los de los doctores Fernando Ocaranza, José Joaquín Izquierdo, José Terrés, Luis F. Alvarado y otros reconocidos profesionales de la salud. Participaron, además, ingenieros, operarios de minas en general, carpinteros, contratistas y superintendentes, este mosaico de profesionales se dieron a la tarea de plasmar acontecimientos

³⁸ Se consultaron ejemplares del *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* de enero 1922 a noviembre de 1930. La colección, en algunos años, no presenta números consecutivos. Resguardado en la Hemeroteca Ezequiel Ordoñez en el Archivo Histórico y Museo de Minería; que resguarda el Archivo Histórico de la Compañía Real del Monte y Pachuca en la capital del estado de Hidalgo.

del día a día de su trabajo, inmersos en talleres, socavones, patios de minas o haciendas de beneficio. Sin lugar a dudas, el propósito de la publicación fue reforzar y acompañar la Campaña Contra Accidentes, para que los trabajadores tuviesen información que coadyuvara a reducir los índices de accidentalidad en las minas y diversas áreas de trabajo en las que desarrollaban la actividad minero-metalúrgica. Con la finalidad de crear conciencia entre los trabajadores, reducir los factores de riesgo, incentivando los cuidados de salud en el trabajo.

El ideal de la campaña del *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* fue tener operarios conscientes, responsables y bien capacitados que hicieran frente a las dificultades en las que se veían inmersos cotidianamente. También se publicó información sobre enfermedades como la tuberculosis, el anquilostoma y luxaciones, por mencionar algunas, así como la reproducción de artículos de revistas y boletines extranjeros, entre ellos: *Mine Rescue Standars*, *American Bureau of Mines*, *Ingeniería Internacional*, *Mining Metallurgy*, *Revista quincenal de la CROM*, *Universal Safety Calendar*, *Universal Safety Council*, *Secretaría de Industria Comercio y Trabajo*, *Bureau of Mines Dep. of Commerce*, *Le Monde Medical*, *Revista Internacional de Medicina y Terapéutica* y *Mining Engineer Handbook*.

En la publicación se promovió la convocatoria de un concurso permanente de composiciones sobre temas de seguridad y primeros auxilios; por lo general, en esta actividad participaba el trabajador Agustín Licon, maestro carpintero en la mina de El Bordo, quien colaboró con abundantes temas basados en experiencias de otros trabajadores. Por lo que se refiere a la contribución de los profesionales de la salud, estos mostraron los avances de la ciencia médica para su conocimiento, pues difundieron un amplio mosaico temático.

El médico Numa Spínola, como director del Hospital de San Lunes, fue autor clave en la publicación del boletín, buena parte de los contenidos y reproducción de estos fueron su responsabilidad. Entre sus trabajos divulgados entre enero y agosto de 1922, destacan los siguientes:

“Las lesiones traumáticas de las partes blandas del cráneo”, “Vacuna de la viruela”, “Furúnculo y *Ántrax*”, “El choque traumático y modo de combatir el estado de choque”. Así como el tema: “Las fracturas. Las fracturas y luxaciones del esternón y de las costillas”. En la publicación del mes de junio escribió, “Las luxaciones del raquis”, texto en el cual consideraba lo referente a luxaciones lumbares y dorsales, cervicales, de las dos primeras vértebras cervicales, de las cinco últimas vértebras cervicales, síntomas y reducción de la luxación. El tema sobre las fracturas se continuó divulgando en el mes de julio, con lo referente a las “Fracturas del radio”.

Respecto a enfermedades le interesó de sobremanera la erisipela (la consideraba infecciosa y contagiosa), causada por el estreptococo (cocos en forma de rosario) que afectaba individuos poco resistentes, ancianos o debilitados, que tenían alguna enfermedad crónica del riñón o del hígado, los síntomas generales eran muy intensos y parecidos a los del tifo, según refiere Numa Spínola,³⁹ quien en uno de sus escritos de 1923, realizó una reflexión: “¿Cuál es mi objetivo al escribir en el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes?*” Texto que abordó, a manera de esquema, temas relacionados con la enseñanza de métodos de primeros auxilios, cuando se ha sufrido algún accidente de trabajo (auxilio verdadero, auxilio falso); también orientó sobre cómo prevenir ciertas enfermedades originadas por el descuido en el trabajo, o en el hogar. En el mes de enero de 1925, aproximadamente a tres años de la publicación, alude al buen funcionamiento y objetivos del boletín:

El presente número inaugura la serie ininterrumpida del *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*. Marca además un progreso notable en el esfuerzo desarrollado por la Compañía para disminuir en lo

³⁹ *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, agosto de 1922, s.p.

posible el número de accidentes entre sus trabajadores, así como que puedan tener mejor tratamiento médico de sus heridas.⁴⁰

Aunado a este logro, destaca la inauguración de una estación de salvamento y primeros auxilios en la mina Santa Gertrudis, equipada con los mejores avances de la época. Aunque el hospital de la compañía se localizaba a corta distancia de la mina, la estación de salvamento se estableció para que los operarios accidentados de gravedad menor se pudiesen atender a la entrada, o bien, al salir de su jornada laboral. Naturalmente, los esfuerzos del Departamento médico motivaban a la compañía para realizar dichas mejoras; sin embargo, en el mes de septiembre de 1925 se dio una controversia a partir de la publicación que hizo la Compañía Real del Monte en el *Boletín*, donde cuestionaba su eficacia:

Un gasto Inútil. Cía. Real del Monte y Pachuca

Un gasto inútil parece ser el que está haciendo la Compañía de Santa Gertrudis, con la publicación de un boletín mensual para ilustrar a sus obreros sobre las precauciones y medidas que deben tomar para evitar mayor número de accidentes; decimos un gasto inútil, porque hemos preguntado a un numeroso grupo de empleados y contratistas sobre los asuntos tratados en ese órgano de la campaña contra accidentes, si puede llamarse así y ninguno de ellos sabía el contenido en resumen de esa publicación, porque no lo habían leído; 'Esta compañía puede dar a un caballo todo lo que necesita para su alimentación; pero no puede obligarlo a que coma'. Así dice la ilustración que la Compañía Real del Monte y Pachuca, ha distribuido en sus oficinas poniéndolo a la vista de todos los empleados y obreros. Nosotros para hacerle coro, lo repetimos diciendo a los nuestros: Esta compañía pone para todos, los procedimientos conocidos para

⁴⁰ *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre de 1924, enero de 1925.

prevenir y evitar accidentes en sus minas pero la apatía de sus empleados y trabajadores hace muy difícil esta campaña; la compañía pierde dinero y con un crecido número de accidentes, peor el hombre que se inutiliza en el trabajo pierde infinitamente más. ¿No vale la pena cuidar un poco más de sí mismos y algo por humanidad de los demás? Dejemos la conclusión a juicio de los que buena y pacientemente quieran leer, ayudar a sus semejantes y corresponder en parte a los esfuerzos que la compañía hace en bien de sus obreros.⁴¹

Debemos considerar que dicha controversia fue multifactorial, de acuerdo con la referencia anterior, aparentemente los trabajadores desconocían el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* y, por tanto, ignoraban los asuntos tratados en él; tal vez por la escasa difusión y distribución de ejemplares, ya que se desconoce el tiraje de los mismos. Sin lugar a dudas, otro factor que debió incidir en el poco éxito de la publicación pudo haber sido el analfabetismo entre los trabajadores. Posterior al comunicado de los directivos de la Compañía, notamos que en los subsecuentes números no apareció alguna réplica por parte del facultativo, Numa Spínola.

La información proporcionada por el Diagnóstico Minero y el *Boletín de la Campaña Contra Accidentes* lleva a conocer y comprender las acciones de la empresa con relación a la prevención y atención a la salud de los trabajadores en el hospital industrial minero. Ofrece, además, la posibilidad de acercarnos a la práctica médica en un campo de acción y su contribución al desarrollo de la ciencia médica a nivel laboral.

⁴¹ *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, septiembre de 1925, s.p.

Consideraciones finales

La Compañía Santa Gertrudis es una muestra de los avances tecnológicos que tuvo la industria minera en México, gracias a la introducción de maquinaria eléctrica a inicios del siglo XX, para la extracción de los minerales, pues esta compañía tuvo la característica de implementar tecnología de vanguardia para el servicio de la exploración y explotación de fundos mineros. También, es importante porque en ella se implementó un servicio médico con un hospital y un puesto de socorro.

El Hospital San Lunes de la Compañía Minera Santa Gertrudis y subsidiarias, el cual cumplió su tarea de brindar atención a los operarios y trabajadores de las compañías mineras del corredor Real del Monte-Pachuca, hasta la década de los cuarenta, facilitando el auxilio médico a través de los facultativos que lo dirigieron, contribuyendo con ello a curar heridas y traumatismos resultados de los accidentes de trabajo que padecieron los trabajadores de las minas. Participando en ello las enfermeras y personal que colaboraron en el Hospital de San Lunes en sus diferentes épocas, donde destaca la administración del doctor Numa Spínola, director del mismo, quien contribuyó con directrices y recomendaciones para evitar accidentes laborales.

El modelo de seguridad en el trabajo que implementaron fue tomado de la bibliografía técnica y médica generada por empresas mineras estadounidenses, lo cual se refleja en los distintos números del *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, auspiciado por la Compañía de Santa Gertrudis, Compañía Beneficiadora de Pachuca, Compañía General de Inversiones Mineras, Compañía de Dos Carlos y Compañía Santa Gertrudis con el fin de reducir los accidentes de trabajo.⁴² El *Boletín* representa una fuente histórica importante, ya que a través de él se pueden conocer las estadísticas, la legislación y los factores que llevaron a las empresas a cumplir con las normas para preservar y cuidar a los trabajadores

⁴² *Boletín de la Campaña Contra Accidentes*, noviembre de 1925, s.p.



Enfermeras del Hospital Santa Gertrudis. 1941. Fototeca del Archivo Histórico del Poder Judicial del Estado de Hidalgo (sin clasificación).

mineros metalúrgicos en un entorno de mayor seguridad, exigido por las autoridades durante el periodo analizado, como sucedió con los trabajos encomendados al comisionado federal de minas en 1925, Carlos Cuervo, quien elogió lo realizado por las empresas en la zona, lo cual se debe ponderar en el marco de la instrumentación legal sobre la seguridad social en México.

El Hospital de San Lunes y sus servicios tuvieron una continuidad hasta la década de los años cuarenta, lo que lleva a considerar de modo final que, probablemente, siguió funcionando, ya que la compañía pasó de Cooperativa a ser adquirida por la Compañía Real del Monte y Pachuca. Además, la historia de los hospitales mineros, como espacios de la práctica y el saber médico, son fundamentales para reconstruir la medicina científica de la época, en especial, para revelar, históricamente, los avances que en materia de atención médica de vanguardia tuvieron ciertos trabajadores de la industria en México, en el periodo estudiado.

Bibliohemerografía

- Almaraz, Ramón, *Memoria de los trabajos ejecutados por la comisión científica de Pachuca en el año de 1864*. Ed. Facsimilar, Pachuca, Universidad Autónoma de Hidalgo, 1993.
- Cuervo, Carlos, *Protejamos al Minero*. Informe consultado en la Hemeroteca Ezequiel Ordoñez, Archivo Histórico y Museo de Minería, Asociación Civil (AHMMAC). México, D.F., 1925.
- Fong, Benjamín, “La invención del fin de semana”, en *Conversaciones Sobre Historia*, 14 de diciembre de 2021. Consultada 30 de enero 2024. <https://conversacionsobrehistoria.info/2021/12/14/la-invencion-del-fin-de-semana/>
- Estrada Alburquerque, Anselmo, “El incendio de la mina de El Bordo”, en *La máquina del tiempo. Milenio Hidalgo*, 26 de febrero de 2006.
- García, Aurelio, “Reseña Minera del estado de Hidalgo”, en *Boletín Minero. Órgano del Departamento de Minas. Secretaría de Industria Comercio y Trabajo*, México, Editorial Cultura, noviembre, 1924.
- Groethe Albert, Leopoldo Salazar, *La Industria Minera de México*, t. 1, Estados de Hidalgo y de México, México, Imprenta y Fototipia de la Secretaría de Fomento, 1912.
- Herrera Gutiérrez, Yuri, *El Incendio de la Mina El Bordo*. España, Editorial Periférica, 2018.
- *Los Demonios de la Mimesis: textualidad de una tragedia en el México pos revolucionario*. Berkeley, University of California, Tesis de doctorado, 2009.
- Libro Azul de México. *Verdades sobre México. Estado de Hidalgo. Pan American Publicity Corporation*, México D.F., Asociación y Tipográfica de Abogados / Compañía Litográfica, 1921-1922.
- López Austin, Alfredo, “Los hijos de Mayáhuel”, en *Inundación Castálida. Revista de la Universidad del Claustro de Sor Juana*, México, núm.

- 23, agosto de 2023, pp.83-86. http://revistaselclaustro.mx/index.php/inundacion_castalida/article/view/928
- Menéndez, Eduardo, “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, en Franco Basaglia *et al.*, *La salud de los trabajadores, aportes para una política de la salud*, México, Nueva Imagen, 1980.
- Menéndez, Eduardo, “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, en *Salud Colectiva* 1, núm. 1, 2005, pp. 30-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
- Ortega Morel, Javier, *Una aproximación a la historia de la minería del estado de Hidalgo*. Pachuca, Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, 1997.
- Rajchenberg Sznajer, Enrique, “De la desgracia al accidente de trabajo. Caridad e indemnización en el México revolucionario”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 15, núm. 15, 1992. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/4111127>
- Reglamento de Policía y Seguridad en los Trabajos de las minas. Expedido por el Ejecutivo de la Unión*, México, Imprenta y Fototipia de la Secretaría de Fomento, octubre de 1912.
- Reglamento General Num.2. Que regirá en las diversas dependencias de la Cía. Real del Monte y Pachuca, Cía. de Santa Gertrudis, S.A. y Neg. Minera de San Rafael y Anexas, S.A.*, México, Tip. Cía. de R. del M.Y.P, 1926.
- Ruiz González, María Teresa, *La incorporación de los mineros a la seguridad social*. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Tesis de maestría, 1997.
- Ruiz Sánchez, Héctor Alejandro, *Los Hospitales Industriales en la Comarca Minera Pachuca- Real del Monte (1906-1926)*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de maestría 2020.
- Sánchez Meneses Silvestre, *Los hospitales públicos de la ciudad de Pachuca*. Pachuca, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo, 2011.
- Sariego, Juan Luis, Luis Reygadas, Miguel Ángel Gómez, Javier Farrera.*El Estado y la minería mexicana: política, trabajo y sociedad durante*

Hospital Industrial San Lunes en Hidalgo, México (1906-1943)

el siglo XX. México: FCE / SEMIP / INAH / Comisión de Fomento Minero, 1988.

Vázquez, Arturo, “Coahuila. La controversial impunidad en Altos Hornos de México”, en *La Izquierda Diario*, México, 6 de octubre de 2023. <https://www.laizquierdadiario.com/La-controversial-impunidad-en-Altos-Hornos-de-Mexico>.

Periódicos consultados

Argumentum. Editado por Casa de la Cultura Jurídica de Hidalgo, época primera, año I, núm. 3, mayo-junio de 2006. Fondo Hidalgo.

Boletín de la Campaña Contra Accidentes. Editado por Compañía de Santa Gertrudis, Compañía Beneficiadora de Pachuca, Compañía General de Inversiones Mineras, Compañía Dos Carlos. Pachuca Hgo., tipografía El Buen Tono. Vda. e Hijos de F.P. Castrejón, Puente de Ocampo.

Boletín Minero. Órgano del Departamento de Minas. Secretaría de Industria Comercio y Trabajo, t. XIV, núm. 2, septiembre de 1922-noviembre de 1924, México, Editorial Cultura.

Gaceta Médica de México. Órgano de la Academia Nacional de Medicina de México, t. LXXXVIII, núm.12, diciembre de 1958.

Periódico Oficial del Gobierno de Hidalgo, t. LI, 8 de diciembre de 1918- t. XLIX, 1 de enero de 1916.

Archivos

Archivo Histórico del Poder Judicial de Hidalgo. Sección: Juzgado 1º de Distrito. Serie: Penal, exp. 66, año 1920.

Archivo Histórico de la Compañía Real del Monte y Pachuca.

Fondo: Compañías Filiales y / o Subsidiarias 1842-1987. Sección: Negociación Minera de Dos Carlos. Serie: Consejo de Administración. Subserie: Actas e Informes.

Fondo: Compañías Filiales y / o Subsidiarias 1842-1987. Sección: Negociación Minera de Dos Carlos. Serie: Consejo de Administración. Subserie: Accionistas.

Fondo: Norteamericano, Sección: Relaciones Laborales. Serie: Seguridad. Subserie: Lista y Control de Accidentes, 1921.

Fondo: Compañías Filiales y / o Subsidiarias. Serie: Negociación Minera de Dos Carlos Subserie: Relaciones externas, 1938.

Capítulo V

Emergencia de la soledad patológica en México. La década de los setenta

Moisés Romero Hernández

Introducción

La soledad no es patrimonio de una determinada época o sociedad, es inseparable de la existencia misma, un hecho universal presente a lo largo de la historia de la humanidad. Sin embargo, hay épocas y lugares que favorecen la presencia de tipos específicos de soledad, como la soledad del bosque que permite al eremita encontrarse con Dios, o consigo mismo, o la soledad de la ciudad que, a pesar de su multitud, envuelve a los individuos en un frío aislamiento.

En occidente, el término soledad se comenzó a utilizar con mayor frecuencia durante la modernidad. En aquella época, hablar de soledad equivalía a hablar de privación o falta de compañía, una situación objetiva, un indicador del estado físico de estar solo, sin connotaciones emocionales. Con el paso del tiempo, el concepto de soledad adquirió nuevos significados: carencia voluntaria o involuntaria de compañía, lugar desierto o tierra no habitada y, pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo.¹ Al mismo tiempo, la forma de vivirla cambiaba, por ejemplo, en la Edad Media, la

¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23 ed. <https://www.rae.es/>

soledad era frecuentemente vista como una experiencia positiva y espiritual, buscada por ermitaños y monjes. En cambio, en la modernidad, la soledad pasó a ser vista como un signo de desconexión social, una condición negativa e impuesta y frecuentemente evitada.

En un sentido amplio, estas concepciones evocan una imagen de aislamiento y de pesar, sin embargo, el primero no siempre conduce al segundo. Una persona puede sentirse sola aun cuando está rodeada de gente. La soledad, entonces, no es el estado objetivo de estar solo, sino el estado subjetivo de sentirse solo, de distanciamiento, desconexión o separación social a falta de relaciones significativas para una persona.

No obstante, no fue sino hasta después de la primera mitad del siglo XX que la soledad comenzó a identificarse como una condición mental patológica separada del cuerpo físico.² Casi veinte años después “las consecuencias médicas de la soledad”³ revelaron los daños que causaba a la salud física. La soledad entonces fue enmarcada como un problema que debía ser abordado por distintos profesionales de la salud y, aunque considerada como una afección mental y física, las disciplinas que trataron el lado psicológico o emocional tuvieron, por sobre otras, un lugar privilegiado al momento de dar explicaciones sobre sus causas, consecuencias, prevención y atención.

Se debe destacar que las profesiones de la salud tienen un papel social “capaz de crear nuevas necesidades [...] para mantenerse en su posición de poder y privilegio”,⁴ su labor siempre se entreteje con los

² Frieda Fromm-Reichmann, “Loneliness”, en *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, Washington, núm. 22, 1959, pp. 1-15. <http://insight.org.ro/wp-content/uploads/2015/09/Fromm-Reichmann-On-loneliness.pdf>

³ James Lynch, *The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness*, New York, Basic Books, 1977. Una lista parcial de las enfermedades que se asocian a la soledad incluye la depresión, el suicidio, la ansiedad, el insomnio, el miedo y la percepción de amenaza; hasta los ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cánceres, respuesta inmunológica disminuida e incluso muerte prematura.

⁴ Josep Rodríguez, “El poder médico desde la sociología”, en *Revista española de investigaciones sociológicas*, España, núm. 14, abril-junio de 1981, p. 100. <https://doi.org/10.2307/40182868>

valores de quien ejerce y de la sociedad en que opera. Estos profesionales, aunque con diferentes acreditaciones formales, componían una comunidad heterogénea articulada por saberes, prácticas terapéuticas o explicativas sobre la soledad, convirtiéndose en actores sociales que influyeron en su entorno a través de su teoría y práctica.

Las prácticas de describir, explicar y llevar a cabo propuestas preventivas e intervenciones terapéuticas reforzaron la idea de que la soledad era una terrible y dolorosa experiencia mental e individual. En términos que pueden unir el conjunto de estas explicaciones, las causas de la soledad residían en un desequilibrio entre las condiciones internas –la falta de armonía en el proceso de individuación que dificulta el desarrollo del yo–, y las condiciones externas –las transformaciones de las formas de producción y organización, así como de un nuevo individualismo, la liberación de los lazos sociales, la publicidad, el consumo material y el desarrollo de los medios de comunicación–.⁵

De los posibles lugares en que articulan estas transformaciones, el interior de los hogares representa una zona reveladora. Aquí, la llegada de la televisión alteró las dinámicas familiares, pasando a ocupar un lugar central en la organización del tiempo, redujo el tiempo y la calidad de interacción entre sus integrantes.⁶ Los programas y la publicidad, permitían el contacto con nuevos valores y estilos de vida, basados en el consumo material, el confort y el individualismo, promovían el contacto con las ideas modernas de liberación, lejos de las ataduras de los lazos sociales, de comportamientos y valores considerados anticuados.

El interés por comprender las formas en que la gente vivía su soledad también se refleja en periódicos y revistas de la época. Sus páginas

⁵ Graciela López, *El sentimiento de la soledad*, México, Escuela de Psicología, UNAM, Tesis de Licenciatura en Psicología, 1971.

⁶ Carlos Monsiváis, “Lo entretenido y lo aburrido. La televisión y las tablas de la ley”, en *Revista de la Universidad de México*, México, UNAM, julio de 1993, pp. 21-28. <https://www.revistadelauniversidad.mx/download/260e926c-7a4e-4860-a739-3c880207f-72c?filename=lo-entretenido-y-lo-aburrido-la-television-y-las-tablas-de-la-ley>

publicaron contenido sobre la soledad desde puntos de vista filosóficos, artísticos, de entretenimiento y psicológicos, todos ellos entrelazados por el interés y la popularidad creciente de este fenómeno. En una suerte de exploración y con el afán de que las lectoras realizaran un tipo de autodiagnóstico se les preguntaba “¿Soporta usted la soledad?”,⁷ el resultado arrojaba si la persona vivía la soledad como un sentimiento angustiante y deprimente, medianamente soportable o era un reflejo de su libertad e independencia. Algunos otros, alertaban al público lector de que la soledad era una grave enfermedad de la época⁸ u ofrecían reflexiones sobre la soledad, sus tipos, ventajas y desventajas⁹ o su relación con la comunicación.¹⁰

Este tipo de contenidos se hicieron cada vez más frecuentes, en paralelo a las observaciones realizadas por psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras, sociólogos y otros profesionales. El eje rector de las observaciones fueron las nuevas transformaciones sociales y culturales y su relación con una soledad que se acompañaba de sentimientos de dolor, de abandono o de angustia. Estas ideas se expandieron en las redes del lenguaje científico y social, contribuyendo a configurar un imaginario negativo sobre la soledad que impactaba sobre la forma en que se experimentaba, entendía y afrontaba.¹¹

Es posible construir una historia de la soledad, aunque, de manera irónica, su producción historiográfica es un lugar casi desierto, una

⁷ El Porvenir, “Test psicológico ¿Soporta usted la soledad?” en *El Porvenir*, México, 17 de agosto de 1974, p. 2-C.

⁸ Jesús Tenorio, “Grave enfermedad de nuestra época: la soledad”, en *El Excelsior*, México, 25 de mayo de 1972, s.p.

⁹ Serafín De la Cruz, “Sobre dos géneros de soledad”, en *El Informador*, México, 20 de agosto de 1978, p. 7.

¹⁰ Ana María García, “Breves reflexiones. Soledad y comunicación”, en *El Informador*, México, 28 de mayo de 1972, p. 47, y Xavier Navarro, “Soledad y solidaridad”, en *El Informador*, México, 22 de agosto de 1976, p. 60.

¹¹ Jan Plamper, *The History of Emotions. An Introduction*, United Kingdom, Oxford University Press, 2015, p. 32. Traducción propia.

tierra poco habitada.¹² Su elaboración escrita sugiere que la historia cultural es una teoría que ha demostrado viabilidad y flexibilidad, con espacio a la imaginación histórica, para tratar un objeto tan escurridizo. Permite estudiar la soledad a través de sus manifestaciones en bienes culturales,¹³ documentos en que se dejó huella del pensamiento y prácticas sobre la soledad. Superponer las producciones visuales, textuales, musicales en relación con las transformaciones en las formas de producción y organización facilita “como si fuese a través de un prisma, ganar un punto de enfoque fresco y perspicacia”.¹⁴

A pesar de su dispersión y heterogeneidad, el conjunto de estos bienes representa una rica fuente de información sobre la complejidad de las descripciones, explicaciones y prácticas respecto a la soledad. De esta forma, trabajos académicos o revistas especializadas, así como periódicos de circulación corriente y revistas de moda, permiten acceder a una narrativa construida sobre la soledad y la circulación de un imaginario que se difundía entre el público amplio, así como dentro de reducidos gremios especializados.

El propósito de este trabajo es describir las formas particulares en que los profesionales de la salud descifraron, explicaron y realizaron prácticas preventivas y terapéuticas sobre la soledad en el México en

¹² Aurelio Musi, *Storia Della Solitudine. Da Aristotele Ai Social Network*, Italia, Neri Pozza Editore, 2022; David Vincent, *Hacia una historia de la soledad*, Buenos Aires, FCE, 2022; Fay Bound Alberti, *Una biografía de la soledad*, Madrid, Alianza Editorial, 2022; Georges Minois, *Histoire de la Solitude et des Solitaires*, Francia, Fayard, 2013, y Javier Rico, “Hacia una historia de la soledad”, en *Historia y Grafía*, México, Universidad Iberoamericana, año 21, núm. 42, enero-junio de 2014, pp. 35-63. https://revistas.ibero.mx/historia/articulo_detalle.php?id_volumen=8&id_articulo=91; Sabine Melchior-Bonnet, *Histoire de la Solitude: De L'ermite à la Célibatante*, Francia, Presses Universitaires de France, 2023.

¹³ Los bienes culturales son producciones materiales que se encarnan en objetos muy concretos (libros, imágenes, películas, canciones, testimonios) cuya elaboración, difusión y apropiación social se puede reconstruir y rastrear para observar el pasado, estos están moldeados por los soportes de transmisión, la técnica y las posibilidades mediáticas.

¹⁴ Miri Rubin, “¿Qué es la historia cultural ahora?”, en David Cannadine (editor), *¿Qué es la historia ahora?*, España, Almed, 2005, p. 161.

la década de los setenta. Surgen aquí, por lo tanto, dos cuestiones. La primera se interesa en la manera en que, en el transcurso de esta década, la combinación de las transformaciones históricas, sociales, demográficas y culturales, especialmente centradas en las grandes urbes, disminuyeron la calidad de las relaciones sociales y abrieron la puerta a la patologización de la soledad. La segunda cuestión, versa sobre la forma en que se describieron y explicaron las causas y consecuencias de la soledad y las prácticas preventivas o terapéuticas llevadas a cabo para disminuir ese sentimiento tan aniquilante, doloroso y aterrador que se expandía entre la población.

Así pues, el presente texto intenta aportar al estudio histórico de la soledad patológica en la década de 1970, momento en que en un acervo de documentos de diverso origen, se comienza a registrar su emergencia y en los cuales se basará esta revisión. Estos conforman la tercera sección del trabajo, los cuales se encuentran dispersos en la revista especializada *Cuadernos de Psicoanálisis*; en tesis de grado profesional de la UNAM; así como en artículos de opinión y difusión en los diarios *El Porvenir* de Monterrey y *El Informador* de Guadalajara y la revista *Sucesos para todos* de la Ciudad de México.

La década de 1970 en México

Durante dicha década la transformación política-económica y la modernización tuvieron un impacto profundo en la configuración de la subjetividad y las relaciones sociales. Los procesos productivos, la circulación de las ideas feministas, la migración, la creciente brecha económica entre los sectores sociales, la tecnología y la publicidad comercial, modificaron las formas de sentir, de pensar y de hablar. Estableciendo nuevas expectativas promoviendo las posibilidades del individualismo, que cuestionaban e impulsaban a las personas a liberarse de los valores “tradicionales” abriendo las puertas de la felicidad y la autonomía. No

obstante, estas ventajas también cerraron otras puertas, “en ese saldo negativo habría que anotar la soledad”.¹⁵

Este conjunto de cambios se gestó, mezcló y naturalizó en las estructuras económicas y políticas de un México en pleno proceso de modernización. Especialmente en la capital del país, Monterrey y Guadalajara, las principales ciudades del país y las más importantes a nivel económico, lugares donde la huella de los cambios estructurales, arquitectónicos y demográficos tuvieron mayor profundidad y fueron más significativos.¹⁶

El 1 de diciembre de 1970, en el Auditorio Nacional de la Ciudad de México, Luis Echeverría tomó posesión como presidente de México. En su discurso inaugural, empleó una retórica opuesta a las administraciones anteriores, declarando su compromiso con los cambios democráticos. Abrió espacio para la crítica y la autocrítica, reconoció la desigual distribución de la riqueza y se comprometió a establecer un diálogo con los jóvenes. Sin embargo, como lo expresa el escritor José Agustín:

Además de la retórica en contra de la vieja guardia, y también como otro efecto más del 68, Echeverría ocupaba una buena parte de sus torrentes declarativos en pregonar su afamada ‘apertura democrática’, que, como dejaron ver los nombramientos en el PRI, ni remotamente implicaba la verdadera democratización que exigía una parte de la sociedad, sino un relativo ensanchamiento de la libertad de expresión, así como abrir el abanico de la cooptación y las puertas del gobierno a los opositores que quisieran integrarse.¹⁷

¹⁵ Paula Sibilía, *La intimidad como espectáculo*, Argentina, FCE, 2008, p. 300.

¹⁶ Gustavo Garza, “Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX”, en *Notas. Revista de información y análisis*, México, INEGI, núm. 19, julio-septiembre de 2002, pp. 7-16. Disponible en red: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/notas/notas19.pdf

¹⁷ José Agustín, *Tragicomedia mexicana 2. La vida en México de 1970 a 1982*, México, DeBolsillo, 1992, p. 10.

La realidad fue que el Estado siguió siendo el principal responsable del proyecto político y económico de la nación, mermando las capacidades de la sociedad civil para intervenir en las decisiones estatales. Las demandas de la población se canalizaron a través de políticas e instituciones que prometían solucionar las carencias económicas y sociales, pero fueron promocionadas como concesiones otorgadas por el paternalismo estatal.¹⁸

Es notable cómo algunas características del control estatal eran similares al autoritarismo familiar, donde una autoridad patriarcal dictaba las acciones que los demás miembros debían de seguir y cualquier desviación u omisión era objeto de sanción o castigo. A nivel estatal, las demandas de autonomía eran respondidas con concesiones o represión directa. De manera análoga, en la familia, cuando uno de sus miembros intentaba trazar un proyecto de vida fuera de las normas familiares, se recurría a la violencia física o al chantaje para imponer la voluntad paterna. Este modelo no solo impedía el desarrollo de una ciudadanía autónoma, sino que también limitaba la capacidad de los individuos para definir y seguir libremente sus propios proyectos de vida, al sumirlas en una situación de vulnerabilidad y desamparo. No obstante, los valores y cultura que este modelo dictaba comenzarían a resquebrajarse debilitando todo lo que pareciera “tradicional” y “anticuado” en pro de la liberación individual.

La década de los setenta se asocia con la discusión y la lucha por la consolidación y expansión de los derechos de las mujeres, un proceso que comenzaría a cuestionar y derrumbar uno de los pilares de este “modelo tradicional”. Entre las discusiones globales sobre el control natal y la difusión de imágenes publicitarias y artículos periodísticos que retrataban a una “mujer liberada”, fue ganando terreno la aceptación social gradual de la iniciación sexual femenina antes del matrimonio.¹⁹

¹⁸ Illán Bizberg, *Estado y sindicalismo en México*, México, El Colegio de México, 1990.

¹⁹ Karina Felitti, “De la “mujer moderna” a la “mujer liberada”. Un análisis de la revista Claudia de México (1965-1977)”, en *Historia mexicana*, México, Colmex,

La creciente participación de las mujeres en ocupaciones remuneradas, también generó conflictos importantes entre los valores normativos acerca de los roles de lo masculino y lo femenino en el entorno familiar y en el social.²⁰

Los miembros jóvenes de la sociedad también se sumaron a la liberación en boga, atraídos por las posibilidades que ofrecían las ideas de autonomía, intimidad, privacidad y el libre ejercicio de la sexualidad. No obstante, la autoridad patriarcal anulaba la posibilidad de elegir las amistades o pareja deseada, la intimidad muchas veces se reducía a la convivencia con personas que no fueran de la familia. En el intento de imponer sus propios deseos a las rutas biográficas impuestas por el padre y la madre, la falta de recursos o el férreo control familiar reducían sus aspiraciones a ciertos pensamientos y actos rebeldes, como la provocación a la autoridad y el consumo de sustancias.²¹ Para los contemporáneos de esta generación, la liberación de los lazos sociales parecía cristalizarse en mucha incomodidad, frustración y el aislamiento familiar del adolescente y joven, más que en la consolidación de sus propios deseos.

La búsqueda de estos horizontes no fue compartida de forma homogénea por los diversos sectores sociales, un alto porcentaje de mexicanos y mexicanas se enfrentaron a condiciones desfavorables que restringieron, o definitivamente impidieron el acceso a la búsqueda y a la consolidación de estas liberaciones. Por mencionar una de estas situaciones, se puede especular que la inserción de la mujer de clase media se vincula con una libre decisión de participar en los sectores formales de la economía, mientras que en las clases sociales más

vol. 67, núm. 3, enero-marzo de 2018, pp. 1345-1393. <https://doi.org/10.24201/hm.v67i3.3531>

²⁰ Marcela Cerruti y René Zenteno, "Cambios en el papel económico de las mujeres entre las parejas mexicanas", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, México, Colmex, vol. 15, núm. 1, 2000, p. 71. <https://doi.org/10.24201/edu.v15i1.1071>

²¹ Gabriel Careaga, *Mitos y fantasías de la clase media en México*, México, Océano, 1985.

bajas, su integración fue en la informalidad y la situación económica hacía del trabajo una obligación forzada. El tiempo, espacio y recursos para disfrutar la liberación del modelo tradicional dependía de la posesión de una serie de ventajas físicas y sociales, lo que influía directamente la forma de vivir ese proceso.

El estudio de Larissa Adler de Lomnitz sobre los marginados a inicios de la década, arroja luces sobre las situaciones precarias vivida entre los sectores populares.²² El tipo de actividad laboral al que podían dedicarse ofrecían salarios bajos y carecía de valor social (construcción, servicio doméstico, vigilancia, mantenimiento, etcétera), las viviendas fueron literalmente “Casas de cartón”²³ y de lámina.

El grueso de esta población había migrado a la ciudad persiguiendo mejores condiciones de vida, pues el proceso de urbanización amplió las desigualdades de ingreso y deterioró del poder adquisitivo real provocando que en sus lugares de origen se “murieran de hambre”.²⁴ En cuanto a la educación, pocos tuvieron acceso y muchas veces las infancias debían trabajar para ayudar al sostenimiento del hogar; por otro lado, las juventudes se dedicaban a vagar y muchas veces comenzaban a beber o drogarse a temprana edad.

A estas limitaciones se sumaba, de forma similar a la clase media, el autoritarismo patriarcal en donde los deseos y aspiraciones personales debían sujetarse a las decisiones de la madre o el padre. Uno de los aspectos que llama la atención fue la formación de redes de intercambio recíproco y de apoyo para satisfacer sus necesidades básicas o para conseguir empleo, dichas redes se constituyeron por lazos consanguíneos, compadrazgos o vecindad. Esta organización quizá fue herencia de la

²² Larissa Adler de Lomnitz, *Cómo sobreviven los marginados*, México, FCE, 1993.

²³ Se hace alusión a la popular canción “Casas de cartón” compuesta y lanzada en 1973 por el venezolano Ali Primera que fue muy popular durante la época en América Latina.

²⁴ Ana María Chávez, *La nueva dinámica de la migración interna en México de 1970 a 1999*, *op. cit.*

vida comunitaria de sus lugares de origen donde predominaban las relaciones cercanas basadas en la proximidad, lo que pudo hacerlos sentir menos vulnerables económicamente y, emocionalmente acompañados.

Como se observa, para un sector, la creación de instituciones educativas en las décadas pasadas formaba a profesionistas en diferentes ramas productivas y administrativas, su ingreso al sistema laboral permitía mejorar la calidad de vida, esencialmente a través del consumo, pero también con el acceso a servicios de salud y vivienda. Sin embargo, para amplios sectores de la población, dichos servicios tenían una disponibilidad mucho menor y las remuneraciones que recibían por su empleo eran precarias, entre uno y dos salarios mínimos.²⁵

Por otro lado, las innovaciones tecnológicas y su presencia en la vida cotidiana, especialmente la televisión y el cine, hacían circular modelos de los que el público pudiera apropiarse. La creciente publicidad enfocada en el consumo y los medios de comunicación fueron dos vectores fundamentales que facilitaron el contacto con los valores y las metas del *the american way of life*, basada en el confort, la moda, la tecnología, el individualismo.

Conocer el estilo de vida de las sociedades desarrolladas constituyó un elemento fundamental para cuestionar y readecuar el propio, lo que afectó “intensamente la sociabilidad y las formas de autoconstrucción, desembocando en una importante transformación del carácter”.²⁶ Aunque la transformación de las prácticas y valores no fue automática, se puede asegurar que al ser conocida por un público numeroso se convirtió en una guía para modificarlos y, por lo tanto, en un elemento cultural importante.

Las transformaciones que se dieron cita a lo largo de esta década convirtieron la ciudad en un lugar donde los valores que antaño mantenían la cercanía y cohesión social eran amenazados por las dinámicas

²⁵ Illán Bizberg, *Estado y sindicalismo en México*, op. cit., p. 86.

²⁶ Paula Sibilia, *La intimidad como espectáculo*, op. cit., p. 267.

descritas en los párrafos anteriores. Al lanzarse en búsqueda de autonomía, independencia y felicidad que ofrecía las ideas de la liberación, las personas se alejaban de los vínculos que los constreñían, pero que, en última instancia, les proveían seguridad y calidez. Al distanciarse de estos, se encontraron con una soledad que dolía, enfermaba la mente y el cuerpo, y por los medios disponibles, debía ser evitada. La soledad emergía como un problema social, físico y mental, como una condición patológica que los profesionales de la salud se encargaron de describir, explicar y tratar de aliviar.

La emergencia de la soledad patológica

“La soledad parece ser una experiencia tan dolorosa y temible que la gente hace prácticamente de todo para evitarla”,²⁷ anunciaba en su eminente ensayo *On Loneliness* la distinguida psicóloga germanoestadounidense Frieda Fromm-Reichmann. Identificó la soledad como un estado patológico y potencialmente devastador, relacionado con los vínculos rotos o ausentes en la vida de las personas. Para ella, la soledad no solo era un síntoma de patología mental, sino también una causa de esta. La experiencia de sentirse crónicamente solo podía precipitar y mantener problemas mentales graves. En sus aspectos clínicos, abordaba la soledad desde una perspectiva relacional, buscando reparar las fallas en las conexiones humanas que, según ella, eran fundamentales para el bienestar mental. La influencia de estas observaciones orientó prácticas de desciframiento, explicación, diagnóstico y tratamiento sobre la soledad en el mundo occidental.

Como cabría esperar, en México las primeras prácticas realizadas ante esta emergencia –emergencia en una doble acepción, como una situación que emerge y como una situación de peligro que requiere

²⁷ Fromm-Reichmann Frieda, “Loneliness”, *op. cit.*, p. 306. Traducción propia.

atención inmediata- surgieron de la mano de psicoanalistas quienes, a diferencia de otros profesionales de la salud, poseían una percepción más sensible ante estas problemáticas. Fue en el transcurso de 1971 que comenzaron a aparecer los primeros documentos que reflejaban la preocupación por la emergencia de la soledad patológica, circulando dentro y fuera de los círculos especializados.

La soledad, desde la mirada psicoanalítica, fue concebida como un fenómeno psíquico que implica la conciencia de saber que se está solo, una sensación que se puede transformar en sentimiento de soledad, la sensación subjetiva de sentirse solo. Es un sentimiento tan terrible y aterrador que impulsa al individuo, en su esfuerzo por escapar de la soledad, a despojarse de su yo individual a través de distintos mecanismos de evasión: la sumisión, “el autoritarismo, la destructividad y la conformidad automática”.²⁸ También puede ser, especialmente en la edad adolescente, “un bloque estimulante que desencadena una reacción de la misma calidad psicológica a la enfermedad neurológica: la rabia”,²⁹ y en ocasiones, tal experiencia “conduce, como vía final a la locura y al suicidio”.³⁰

Desde el diván o el escritorio, estos profesionales observaron que una experiencia transitoria normal, útil y necesaria en el desarrollo de la persona, comenzaba a provocar sentimientos de angustia, dolor y desesperación. Los pacientes que acudían a ellos se enfrentaban a un mundo interior vivido como insuficiente, a una sensación de vacío, tal como una de ellas narra al doctor en psicoanálisis Ricardo Díaz Conty: “[en el sueño] de pronto me encontraba envuelta en un torbellino que ascendía velozmente, giraba, giraba y luego me veía flotando en el espacio, yo era sin principio ni fin, inmenso, sin limitaciones y sin

²⁸ Graciela López, *El sentimiento de la soledad*, op. cit., p. 7.

²⁹ Hector Prado, “El sentimiento de soledad como motivador de rabia”, en *Cuadernos de Psicoanálisis*, México, vol. 1, 1er. trimestre, 1971, p. 35.

³⁰ Ricardo Díaz, “Un ensayo sobre la soledad. La experiencia más aterradora y desquiciante del ser humano”, en *El Porvenir*, México, 12 de septiembre de 1971, p. 10.

nada. Sentía terror, pánico y hubiera preferido desaparecer que seguir soportando aquello”.³¹

Este relato presenta a una persona con grandes dificultades emocionales para convivir con los demás, una fuerte incapacidad de comunicación interpersonal que la invade. Paradójicamente, la forma en que transmite y es registrada su experiencia, es una descripción clara y fluida, se presenta de alguna forma a la verbalización y al psicoanalista, como la forma y el profesional ideal para tratar esta patología.

Una idea con la que otros actores definitivamente estarían en contra y para encender hoguera de la duda preguntaban a sus lectores “¿Es la soledad realmente esa cosa temible, el enemigo público número uno, como tratan de demostrar actualmente unos eminentes psicólogos y sociólogos?” En un tono alineado a los valores de liberación de la época, el autor hace un llamado a “boicotear absolutamente a los psiquiatras, sociólogos y demás policías del espíritu que contribuyen a inhibir la imaginación individual dentro los estrechos límites impuestos por la sociedad”.³² Aunque afirmaba que la soledad debería ser fuente de imaginación y creatividad, de autonomía e individualidad, reconocía otros tipos de soledad, de los cuales una de ellas constituía un problema muy grave para muchos individuos.

Ante la intensidad de este tipo de soledad aniquilante y dolorosa, el individuo, en su afán de defenderse ante el sentimiento que le provoca, podía comer impulsivamente, ingerir pastillas tranquilizantes o estimulantes, beber alcohol o consumir otro tipo de sustancias. Tales consumos eran realizados como sustituto de aquello que le faltaba, ya fuera recurriendo a la ingesta porque era imaginada como la compañía y el bienestar que anhelaba, como la ayuda para no ver lo solo que se encontraba.

³¹ *Idem.*

³² Francisco Ornelas, “El drama de la soledad”, en *Sucesos para todos*, México, 5 de abril de 1975, p. 32.

La soledad se construía con el material caído del derrumbe de los lazos sociales y se manifestaba en varios niveles, en la desconexión social, en la creciente incapacidad de comunicarse con los otros, en los riesgos a la salud física y mental, en adicciones, locura o hasta suicidio. Consecuencias que alertaron a la sociedad urbana de entonces, al ver como este problema aumentaba conforme transcurría la década. Tratando de explicar las causas y consecuencias, múltiples actores vertían sus puntos de vista en distintos medios, la televisión jalisciense, por ejemplo, dedicó un programa, en formato de mesa redonda y dirigido por un Padre, a la preocupación por la incorporación de la tecnología en la vida cotidiana y la soledad humana, y que, según el diario, “recibió [...] innumerables llamadas de felicitación”.³³

Como se observa, la preocupación se expandía en un amplio espectro de la sociedad, las explicaciones vertidas en cada publicación ingresaban al circuito de información pública configurando en cierta medida la percepción que se tenía sobre la soledad. Las caras negativas de la soledad mostradas públicamente impactaron sobre la forma en que se experimentaba, entendía y afrontaba. Aunque tales descripciones y explicaciones venían de una multiplicidad de actores y puntos de vista, todas ellas tenían en común atribuir las causas de la soledad a las transformaciones de la época y su preocupación por el impacto negativo en la salud y las relaciones sociales.

Para las observaciones de corte psicoanalítico, las principales causas del sentimiento de soledad, eran el desequilibrio entre los elementos internos, psicodinámicos, sociales y externos. La falta de sincronía entre el proceso de individuación³⁴ y el crecimiento del yo, provocada por

³³ “Continúa el gran éxito del programa “introspección” en TV Canal 6”, en *El Informador*, México, 9 de julio de 1973, p. 6-B.

³⁴ La individuación es un proceso que implica el crecimiento de la fuerza y la integración de la personalidad individual, pero al mismo tiempo un proceso en el cual se origina la identidad con los otros y por el cual el niño se separa de los demás. En Graciela López, *El sentimiento de la soledad*, op. cit. p. 32

las condiciones individuales (internas, externas y sociales), daría como resultado sentimientos de impotencia, colocando al sujeto en un profundo aislamiento y soledad moral. La liberación de los lazos sociales en boga, otorgaba al sujeto independencia y razón, pero sin haber obtenido la individualidad intelectual, emocional y sensitiva; esta libertad desembocaba en un aislamiento insoportable.

Para el doctor Ricardo Díaz Conty, otra de las causas de este aislamiento era el narcisismo humano tan presente en los habitantes de la ciudad. En este estado psicológico el sentimiento para amar y trascender está menguado, el narcisista vive en función de sus propios sentimientos, es un sujeto en extremo autónomo e independiente, siempre en búsqueda de la felicidad individual y la autorrealización.³⁵ El narcisista deja huellas que conducen al psicoanalista a un “pretérito doloroso de un mundo incomprensible, lleno de contradicciones” en el que tenía a su disposición toda clase de bienes materiales y en la adultez, sin saber que se encontraba en la soledad.³⁶

Para la sociología, las transformaciones en la vida urbana fueron la causa principal de la soledad, una “sociedad de masas” no permite entablar relaciones solidarias o afectivas entre los individuos convirtiendo a la sociedad en una “muchedumbre solitaria”.³⁷ En las grandes ciudades, el atributo generalizado de la persona es la soledad con consecuencias de patología social, entre las que se encontraban la neurosis colectiva e individual, desintegración personal y familiar, “degradación de las costumbres, pautas de comportamiento, corrosión de la cultura de un pueblo...”.³⁸

³⁵ Gilles Lipovetsky, *La felicidad paradójica*, Barcelona, Anagrama, 2010.

³⁶ Ricardo Díaz, “Psicología del narcisismo. La dramática soledad de los que solo viven para amarse a si mismos”, en *El Porvenir*, México, 21 de enero de 1973, p. 13.

³⁷ David Riesman, *La muchedumbre solitaria. Un estudio sobre la transformación del carácter norteamericano*, Buenos Aires, Paidós, 1964.

³⁸ José Luis Carabes, “La contaminación espiritual”, en *El Informador*, México, 7 de septiembre de 1975, p. 5.

En este ambiente, la publicidad comercial estaba orientada en promocionar el consumo bienes materiales y estilos de vida cada vez más individualizados, priorizando la satisfacción y la felicidad personal por encima de las relaciones afectivas. Producía expectativas altas e inalcanzables para la mayoría: muebles y automóviles lujosos, la ropa de moda, la última fragancia. En última instancia, la disolución de las comunidades tradicionales, la familia y las amistades, se manifestaba en una creciente tensión entre el deseo individual de felicidad y bienestar material, y el esfuerzo por mantener relaciones cercanas, estables y satisfactorias.

Para otros sectores de la sociedad, la causa de la soledad se encontraba en el aumento de la circulación y práctica de las ideas feministas, concepciones y comportamientos que amenazaban los modelos tradicionales de la sociedad. Al utilizar los argumentos de la investigación del Dr. James Lynch sobre las consecuencias médicas de la soledad,³⁹ y en una evidente manipulación a su favor, aseguraban que la independencia de la mujer conducía a una soledad que les hacía enfermar y hasta podía matarlas “¡CUIDADO: la liberación femenina puede matarla!”, pregonaban.⁴⁰ Aunque sobra decir que declaraciones como esta pertenecían más al ámbito de la retórica que al del diagnóstico, permite entrever que las nuevas transformaciones y los efectos adversos a la salud funcionaron como el eje rector para explicar lo relacionado a la soledad.

Otros artículos optaban por una redacción más cauta y persuasiva, sin embargo, la constante era el llamado a la mujer a formar una familia, a “servir”, a no ser “una quedada” o “una solterona”. No puede darse el lujo de esperar y elegir “al adecuado”, es un lujo peligroso que solo tiene como consecuencia una soledad mortificante: “Somos cuatro hermanas. Ellas ya están casadas. Yo tuve tres novios y, como si fuera

³⁹ James Lynch, *The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness*, *op. cit.*

⁴⁰ *El Porvenir*, “¿El feminismo es suicida? Más liberadas, pero más enfermas” en *El Porvenir*, México, 29 de enero de 1978, p. 6.

una maldición, [...] se casaron con otras. Esto me amargó. Mi soledad era punzante y junto con ella crecía un complejo de inferioridad” relata una mujer.⁴¹ La causa de la soledad era la alteración de la dinámica familiar y social, no cumplir con el papel femenino asignado llevaría a la mujer a “enfermarse” de soledad y tarde o temprano deberá acudir a un psiquiatra, psicólogo o psicoanalista para ser tratada.

Entre las juventudes, la mirada se volca sobre la incapacidad de comunicar y comunicarse, “de comprender a los demás y de hacerse comprender, de pedir ayuda y recibirla”.⁴² Para este grupo social, los deseos de autonomía, libertad e individualidad podían resultar muy seductores considerando que podían fugarse de un mundo patriarcal y adultocéntrico que limitaba sus proyectos de vida, su lenguaje y su modo de ser joven. Nuevamente, la desintegración familiar es el precio que pagar por la obtención de aquellas libertades, sin embargo, la causa se origina, según Arturo Lara, presentado como “psicólogo y trabajador social, empeñoso en el estudio y carente de vicio alguno”, en la incomunicación y la incomprensión entre adultos y jóvenes.⁴³

Esta incapacidad de comprensión genera un conflicto intergeneracional que es parte del proceso de individuación del adolescente, motivado por un sentimiento de soledad que si no es tratado:

...lo impulsa a querer imponerse con rabia sobre los demás, manifestándose con terquedad, deseo de consideración forzada, deseo de influencia y poder sobre los demás, impulsos bélicos y de pelea. También lo expresa a través de su atavío, escupir con frecuencia, fanfarronear, maldecir, beber, fumar (incluso marihuana), ataques a los profesores, tendencia a los accidentes, etcétera.⁴⁴

⁴¹ “Cuando la mujer está sola: ¿De qué es capaz? El primer sentimiento de Eva”, en *Sucesos para todos*, México, 7 de agosto de 1971, p. 5.

⁴² Merry Archar, “El universo de sus hijos. Adolescencia, difícil etapa”, en *El Porvenir*, México, 18 de enero de 1979, p. 4-C.

⁴³ Franciso Ornelas, *El drama juvenil de la incomunicación*, en *Sucesos para todos*, México, 5 de enero de 1974, p. 5.

⁴⁴ Héctor Prado, “El sentimiento de soledad como motivador de rabia”, *op. cit.*, p. 38.

Esta visión estereotipada se asociaba la adolescencia y la juventud,⁴⁵ a ciertas conductas y actitudes que debían ser comunes durante esa edad. Queda retratado en la excelente película *Los Caifanes*, de 1967, dirigida por Juan Ibañez.⁴⁶ Esta película sigue a un grupo de jóvenes que viven en la Ciudad de México y que, a pesar de pertenecer a un mismo grupo, parecen exhibir una profunda soledad interior. El personaje de “El Capitán Gato” expresa esa soledad con una actitud desafiante y violenta, a través de fanfarroneo, maldiciones, y un fuerte deseo de imponerse sobre los demás, con una inclinación hacia el conflicto y la rebeldía. Mientras que Claudia y Jaime son jóvenes de clase alta que están en una fase de experimentación y rebeldía contra las expectativas familiares, buscando nuevas experiencias que los alejen de sus entornos privilegiados.

En la fecha de estreno de esta película su director tenía 29 años, mientras que Héctor Prado, al publicar su artículo sobre el tratamiento de la soledad, rondaba los 51. Ambos adultos, quizá se preocupaban por las juventudes al realizar sus respectivas obras, preguntándose, como muchas mexicanas y mexicanos, qué pasaría con una generación de jóvenes que no encontraba la comprensión. Las actitudes de hostilidad y rebeldía, casi siempre dirigidas hacia aquellos de los que depende, generalmente, la madre y el padre, debían ser canalizadas para que fueran menos dañinas para su futuro desarrollo. En vez de considerar el sentimiento de soledad como un afrontamiento a la familia, como un rechazo a la sociedad, la propuesta de Prado intentaba, en última instancia, hacer de la soledad un recurso necesario para aprender a participar en ella.

Para disminuir esta negatividad, Héctor Prado propuso el grupo terapéutico psicoanalítico que buscaba que las actuaciones⁴⁷ de los

⁴⁵ El rango de edad de la juventud y la adolescencia no están totalmente claras, pero un adolescente rondaba entre los 15 y 16, mientras que la juventud entre los 15-25.

⁴⁶ Juan Ibañez, (Director), *Los caifanes*, [Película], México, Producciones Caribe S.A., 1967.

⁴⁷ La expresión de “actuar” propone únicamente “llevar a la acción” pulsiones, fantasías, deseos, etcétera. En Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 10.

adolescentes provocaran situaciones que los hicieran sentirse rechazados, “lo que les permite racionalizar el sentimiento de soledad”.⁴⁸ El escenario esperado era la disolución de la comunidad, la aceptación paulatina de sí mismo como un solitario dentro del grupo en que se mueve. Como se puede observar, la solución no estaba en los intentos de resarcir las condiciones sociales o culturales que los rodeaban, sino que giraba en la calidad de la comunicación entre los miembros íntimos de la familia.

Hacia finales de la década, algunos periódicos comenzaron a recibir los testimonios de personas incapaces de establecer relaciones o desamparadas a causa de un divorcio, viudez o abandono, convirtiendo esos espacios en un tipo de consultorio sentimental. Por ejemplo, Las “Cartas a Laura” funcionaban como consultoría, pero también como un espacio que facilitaba la comunicación y posible reunión de personas que vivían “un problema que nos tiene a mucha gente desesperada: la soledad”.⁴⁹ También se ofertaron “Cursos de relaciones humanas” que aseguraban preparar al inscrito para alcanzar la felicidad, la autonomía e individualidad y hacer de sí mismo lo que más le conviniera para triunfar en todos los aspectos de la vida.⁵⁰ Junto a las prácticas de los profesionales de la salud estos esfuerzos se desarrollaron orientados por intereses múltiples dando luz a un esfuerzo mixto y colectivo que de alguna forma buscaba explicar, comprender y atender la emergencia de la soledad en el México de la época.

⁴⁸ Héctor Prado, “El sentimiento de soledad como motivador de rabia”, *op. cit.*, p. 36.

⁴⁹ Laura, “Cartas a Laura”, en *El Porvenir*, México, 17 de octubre de 1979, p. 3-C.

⁵⁰ “Curso de relaciones humanas”, en *El Porvenir*, México, 3 de agosto de 1979, p. 10-C.

Consideraciones finales

La emergencia de la soledad patológica en México durante la década de 1970 estuvo impulsada por las transformaciones sociales, económicas y culturales del país. Profesionales de la salud, como psiquiatras, sociólogos, psicólogos y psicoanalistas, la identificaron como un malestar mental y físico. Estos actores representaron un papel clave en la patologización de la soledad, las prácticas de describir, explicar y llevar a cabo propuestas preventivas e intervenciones terapéuticas, reforzaron la idea de que la soledad era una terrible y dolorosa experiencia mental e individual.

Vincularon sus causas a un desequilibrio en los procesos internos del individuo y a las transformaciones de las formas de producción y organización, así como de un nuevo individualismo, la liberación de los lazos sociales, la publicidad comercial, el consumo material y el desarrollo de los medios de comunicación.

Se comprende así, que la soledad no fue solo una experiencia emocional individual, sino un reflejo de un individualismo extremo y de la incapacidad generalizada para establecer relaciones sociales significativas. Las prácticas terapéuticas se centraron en mejorar la calidad de la comunicación con los vínculos cercanos, especialmente la familia. La alteración de este modelo tradicional fue un lugar de tensión que, debido a la cultura patriarcal y el machismo imperante, aislaba y desamparaba a las mujeres y las juventudes, grupos sociales que detentaban un poder con la potencia de subvertir ese orden tradicional.

Debe considerarse que, dadas estas circunstancias, los pobres tenían menos probabilidades de acceder a los servicios que pudieran aliviar la experiencia de la soledad, así como grupos con menos poder y representación social lo que pudo provocar que vivieran una soledad precaria. Además, el registro sobre la soledad en la vejez, viudez y divorcio o la soledad del adulto masculino fue mínimo o nulo, pero según la tendencia, se proyecta durante las siguientes décadas abandone su lugar tras bambalinas y se presente en el escenario principal.

Bibliohemerografía

- Agustín, José, *Tragicomedia mexicana 2. La vida en México de 1970 a 1982*, México, DeBolsillo, 1992.
- Alberti, Fay Bound, *Una biografía de la soledad*, Madrid, Alianza Editorial, 2022.
- Archar, Merry, “El universo de sus hijos. Adolescencia, difícil etapa”, en *El Porvenir*, México, 18 de enero de 1979, p. 4-C.
- Bizberg, Illán, *Estado y sindicalismo en México*, México, El Colegio de México, 1990.
- Carabes, José Luis, “La contaminación espiritual”, en *El Informador*, México, 7 de septiembre de 1975, p. 5.
- Careaga, Gabriel, *Mitos y fantasías de la clase media en México*, México, Océano, 1985.
- Cerruti, Marcela y René Zenteno, “Cambios en el papel económico de las mujeres entre las parejas mexicanas”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, México, Colmex, vol. 15, núm. 1, 2000, pp. 65-95. <https://doi.org/10.24201/edu.v15i1.1071>
- Chávez, Ana María, *La nueva dinámica de la migración interna en México de 1970 a 1999*, Cuernavaca, CRIM, UNAM, 1999.
- “Continúa el gran éxito del programa “introspección”, en TV Canal 6”, en *El Informador*, México, 9 de julio de 1973, p. 6-B.
- Cruz de la, Serafín, “Sobre dos géneros de soledad”, en *El Informador*, México, 20 de agosto de 1978, p. 7.
- “Cuando la mujer está sola: ¿De qué es capaz? El primer sentimiento de Eva”, en *Sucesos para todos*, México, 7 de agosto de 1971, pp. 2-8.
- “Curso de relaciones humanas”, en *El Porvenir*, México, 3 de agosto de 1979, p. 10-C.
- Díaz, Ricardo, “Psicología del narcisismo. La dramática soledad de los que solo viven para amarse a sí mismos”, en *El Porvenir*, México, 21 de enero de 1973, p. 13.

- “Un ensayo sobre la soledad. La experiencia más aterradora y desquiciante del ser humano”, en *El Porvenir*, México, 12 de septiembre de 1971, p. 10-11.
- “¿El feminismo es suicida? Más liberadas, pero más enfermas” en *El Porvenir*, México, 29 de enero de 1978, p. 6.
- Felitti, Karina, “De la “mujer moderna” a la “mujer liberada”. Un análisis de la revista *Claudia* de México (1965-1977)”, en *Historia mexicana*, México, Colmex, vol. 67, núm. 3, enero-marzo de 2018, pp. 1345-1393. <https://doi.org/10.24201/hm.v67i3.3531>
- Fromm-Reichmann, Frieda, “Loneliness”, en *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, Washington, núm. 22, 1959, pp. 1-15. <http://insight.org.ro/wp-content/uploads/2015/09/Fromm-Reichmann-On-loneliness.pdf>
- García, Ana María, “Breves reflexiones. Soledad y comunicación”, en *El Informador*, México, 28 de mayo de 1972, p. 47.
- Garza, Gustavo, “Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX”, en *Notas. Revista de información y análisis*, México, INEGI, núm. 19, julio-septiembre de 2002, pp. 7-16. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/notas/notas19.pdf
- Ibáñez, Juan, (Director), *Los caifanes*, [Película], México, Producciones Caribe S.A., 1967.
- Laura, “Cartas a Laura”, en *El Porvenir*, México, 17 de octubre de 1979, p. 3-C.
- Lipovetsky, Gilles, *La felicidad paradójica*, Barcelona, Anagrama, 2010.
- Lomnitz de Larissa, Adler, *Cómo sobreviven los marginados*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- López, Graciela, *El sentimiento de la soledad*, México, Escuela de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Licenciatura en Psicología, 1971.
- Lynch, James, *The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness*, New York, Basic Books, 1977.

- Melchior-Bonnet, Sabine, *Histoire de la Solitude: De L'ermite à la Célibat-tante*, Francia, Presses Universitaires de France, 2023.
- Minois, Georges, *Histoire de la Solitude et des Solitaires*, Francia, Fayard, 2013.
- Monsiváis, Carlos, “Lo entretenido y lo aburrido. La televisión y las tablas de la ley”, en *Revista de la Universidad de México*, México, UNAM, julio de 1993, pp. 21-28. <https://www.revistadelauniversidad.mx/download/260e926c-7a4e-4860-a739-3c880207f72c?filename=lo-entretenido-y-lo-aburrido-la-televisión-y-las-tablas-de-la-ley>
- Musi, Aurelio, *Storia Della Solitudine. Da Aristotele Ai Social Network*, Italia, Neri Pozza Editore, 2022.
- Navarro, Xavier, “Soledad y solidaridad”, en *El Informador*, México, 22 de agosto de 1976, p. 60.
- Ornelas, Francisco, “El drama de la soledad”, en *Sucesos para todos*, México, 5 de abril de 1975, pp. 28-32.
- , *El drama juvenil de la incomunicación*, en *Sucesos para todos*, México, 5 de enero de 1974, pp. 3-10.
- Plamper, Jan, *The History of Emotions. An Introduction*, United Kingdom, Oxford University Press, 2015.
- Prado, Héctor, “El sentimiento de soledad como motivador de rabia”, en *Cuadernos de Psicoanálisis*, México, vol. 1, 1er. trimestre, 1971, p. 35-38.
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23 ed. <https://www.rae.es/>
- Rico, Javier, “Hacia una historia de la soledad”, en *Historia y Grafía*, México, Universidad Iberoamericana, año 21, núm. 42, enero-junio de 2014, pp. 35-63. https://revistas.ibero.mx/historia/articulo_detalle.php?id_volumen=8&id_articulo=91
- Riesman, David, *La muchedumbre solitaria. Un estudio sobre la transformación del carácter norteamericano*, Buenos Aires, Paidós, 1964.

- Rodríguez, Josep, “El poder médico desde la sociología”, en *Revista española de investigaciones sociológicas*, España, núm. 14, abril-junio de 1981, p. 95-112. <https://doi.org/10.2307/40182868>
- Rubin, Miri, “¿Qué es la historia cultural ahora?”, en David Cannadine (editor), *¿Qué es la historia ahora?*, España, Almed, 2005, pp. 149-172.
- Sibilia, Paula, *La intimidad como espectáculo*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- Tenorio, Jesús, “Grave enfermedad de nuestra época: la soledad”, en *El Excelsior*, México, 25 de mayo de 1972, s.p.
- “Test psicológico ¿Soporta usted la soledad?” en *El Porvenir*, México, 17 de agosto de 1974, p. 2-c.
- Vincent, David, *Hacia una historia de la soledad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2022.

Capítulo VI

Aproximación a la historia reciente de los hospitales en México: La reconversión hospitalaria, 2020-2021

Xóchitl Martínez Barbosa, Diana Laura López Vega

Introducción

En el pasado y en el presente, ante desastres naturales, guerras y contingencias sanitarias las sociedades y los Estados han promovido la organización e instalación de hospitales provisionales para satisfacer las demandas apremiantes de atención médica y sanitaria en tales circunstancias. Esto, que ha sucedido en diferentes latitudes y épocas, ha dado lugar a hospitales con distintas denominaciones: hospitales temporales, de campaña, de sangre, lazaretos, casas de aislamiento, algunos situados en edificios y espacios destinados para distintos usos a los hospitalarios, para lograr satisfacer la alta demanda de atención en tales circunstancias.

Ante el advenimiento de la pandemia por SARS-CoV-2, se recurrió en México a estrategias (así como aconteció en todo el mundo) que, comprendieron la reconversión de hospitales, esto se planteó y diseñó desde el inicio de la pandemia, con el liderazgo del Estado, e involucró a instancias gubernamentales, castrenses y privadas, para impulsar la referida planificación.

Con el propósito de mostrar cómo se desarrolló el proceso para habilitar los hospitales covid por medio de la reconversión, en este

escrito se recurrió a la consulta de fuentes de acceso abierto en internet, como boletines, páginas noticiosas, sitios oficiales y artículos. Asimismo, se revisaron publicaciones especializadas, como la *Memoria* que imprimió Funsalud (2020) sobre los servicios de prestación subrogada, la *Memoria de la Unidad Temporal covid-19* (2022), así como el *Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la pandemia de covid-19 en México* (2024), dado a conocer recientemente.

A lo largo del presente capítulo, se ofrece en primer lugar, una visión de la respuesta internacional ante la covid, lo cual ha sido lugar común en recuentos y estudios sobre la pandemia, pero creemos que una ojeada permitirá al lector entender mejor el desarrollo del texto. Al seguir se expone el proceso de la reconversión hospitalaria, particularmente en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), precedido de una reseña de lo acontecido en nuestro país ante la llegada de la pandemia. Lo anterior permitirá tener un acercamiento a la problemática que subyace a la historia reciente de los hospitales, a propósito de lo experimentado durante la pandemia de covid-19.

Una rápida vista a la respuesta internacional

El 31 de diciembre del 2019 se informa oficialmente la existencia de un nuevo virus originado en la provincia de Wuhan, China, que provoca neumonías virales; desde el punto de vista médico representó un reto cuya magnitud no podíamos predecir.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en ese momento existían otros focos rojos a los que se había dedicado atención, como la enfermedad del ébola para la cual se había desarrollado una enorme cantidad de tecnología que esperaba sumar esfuerzos en la creación de una vacuna, previendo que la enfermedad rebasara las fronteras geográficas. Esta situación hizo pensar que ya no estábamos tan indefensos ante el desastre que representaría una pandemia a nivel humano. Con

ese antecedente, se desarrollaron protocolos aplicables de forma cotidiana en las unidades hospitalarias para el manejo de enfermedades infecciosas, y se destinaron hospitales e instituciones especializadas en su manejo, protocolos de investigación, así como la tecnología que permite la comunicación en tiempo real en polos opuestos del globo. Siendo así ¿cuál fue la respuesta ante la pandemia ese diciembre de 2019 y los meses subsecuentes?

Posterior al informe oficial de la existencia de la enfermedad, su dispersión se realiza de forma violenta; la tecnología que facilita el esparcimiento, al mismo tiempo permite la presencia de la OMS con ruedas de prensa, sesiones informativas, convocatorias y participación de redes internacionales de expertos.¹

Muy pronto las naciones del mundo solicitaron información a la OMS, que activó su equipo de Apoyo para la Gestión de Incidentes el 1 de enero de 2020 y así coordinar las actividades de respuesta a emergencias en los tres niveles de la organización: sedes, regiones, países. El 2 de enero se informó a los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN, por sus siglas en inglés) sobre los casos de neumonía en China, la cual incluye organismos de salud pública, laboratorios, entidades afines de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales, y Organizaciones No Gubernamentales (ONG's). En menos de veinticuatro horas se había informado a organizaciones específicas y de importancia táctica internacional de la aparición de la enfermedad.

Rápidamente se convocó a múltiples teleconferencias, destacando la celebración de la primera reunión del Grupo Consultivo Estratégico y Técnico sobre Peligros Infecciosos, que tuvo lugar el diez de enero; del diez al doce de ese mismo mes se publicaron un conjunto de documentos para la orientación de los países miembros. Para el día once, se

¹ “Cronología de la respuesta de la OMS a la covid-19” [Internet]. Who.int. [citado el 21 de octubre de 2022]. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

difunde en Twitter que se habían recibido de la República Popular China las secuencias genéticas del nuevo coronavirus; en esa misma fecha se informaba sobre la primera víctima mortal.

El primer caso fuera de la República Popular China se confirmó el trece de enero, y se publicó el primer protocolo de la prueba de la reacción en cadena polimerasa con retrotranscripción, para el diagnóstico del nuevo virus. El dieciséis de enero, Japón notificó un caso confirmado de infección (segundo caso fuera de China), y se anunció la primera alerta epidemiológica primariamente dirigida a viajeros internacionales sobre prevención y control de enfermedades.²

El 17 de enero se convoca a la primera reunión del grupo de trabajo y análisis y modelado para el nuevo coronavirus; para el día 21 llegó al continente americano el primer caso en Estados Unidos, por lo que fue convocada la primera reunión de la red mundial de expertos sobre prevención y control de infecciones. Por su parte, el 24 de enero, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a los países americanos a estar preparados para aislar y cuidar a pacientes infectados. En febrero (11-12) se convoca a un Foro mundial de investigación e innovación para evaluar el nivel de conocimientos. Hacia finales de enero se habían reportado 581 casos globales, de los cuales 571 se produjeron en China, de estos, 95 eran severos y 17 muertes reportadas; todas ellas ocurrieron en la provincia de Hubei.³

Los primeros tres casos de la región europea se dieron a conocer en Francia, el 24 de enero.⁴ Al día siguiente, el director regional de la OMS emitió una declaración pública, recalcando la importancia de prepararse en los planos local y nacional para detectar casos, analizar muestras

² *Idem.*

³ “World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 3. 2020” [citado el 9 de marzo de 2024]; <https://iris.who.int/handle/10665/330762>

⁴ “Cronología de la respuesta de la OMS a la covid-19” [Internet], *op.cit.*

y ofrecer atención pública; el 26 de enero se publicaba el primer curso en línea gratuito en la plataforma OpenWHO.⁵

Del 27 al 28 de enero, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, viaja a China para reunirse con el presidente Xi Jinping, concertando con un grupo de científicos y expertos, para conocer el contexto de la enfermedad e intercambiar información. El 29 de enero los Emiratos Árabes Unidos notificaron los primeros casos de la región del Mediterráneo, también la cadena de suministros contra la pandemia celebra su primera reunión con la misión de “crear y gestionar una red comercial que permita a la OMS y a los asociados del sector privado acceder a la funcionalidad y los activos de cualquier cadena de suministros de principio a fin en cualquier lugar del mundo, a cualquier escala”.⁶

La infección por coronavirus se declara Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero, con 98 casos, sin víctimas mortales y con casos en 18 países fuera de China. El 4 de febrero se activa el equipo de gestión de crisis de las Naciones Unidas. A partir del 5 de febrero el Director General o el Director Ejecutivo del Programa de Emergencias Sanitaria de la OMS ofrecieron la primera de sus sesiones de información diarias. El equipo de gestión de crisis de las Naciones Unidas celebraría su primera reunión el 11 de febrero, en la que se denominó a este nuevo virus SARS-CoV-2; se convoca a un Foro mundial de investigación e innovación con la asistencia de más de 300 expertos y entidades de financiamiento procedentes de 48 países y otros 150 participantes en línea. El 15 de febrero el Director General de la OMS, en la Conferencia de Seguridad de Munich eleva tres peticiones a la comunidad internacional:

- 1) Aprovechar la oportunidad para intensificar la preparación
- 2) Adoptar un enfoque en el que participara el gobierno
- 3) Guiarse por la solidaridad, no a la estigmatización.

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

El 19 de febrero inician las sesiones semanales dirigidas a los estados miembros. A los países con casos importados y brotes, se les recomendó que “activaran de inmediato el más alto nivel de los protocolos nacionales de gestión de la respuesta para garantizar el enfoque pangubernamental y pansocial necesario para contener la covid-19”.⁷ El 29 de febrero se publicaron consideraciones para la cuarentena de personas.

Al llegar el mes de marzo, el día 7 se superaron los 100,000 casos confirmados, lo que dio lugar a una declaración dirigida para detener el impacto del virus; el 9 de marzo, la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación Global, compuesta por la OMS y el Banco Mundial, decidió inyectar 8,000 millones de dólares para la respuesta a la covid-19 en países vulnerables. El 11 se declaraba la infección por covid-19 como una pandemia, el 13 se manifiesta a Europa el centro de la pandemia, y el día 20 inicia un servicio de mensajes de alerta sanitaria de la OMS con información por WhatsApp para informar de manera instantánea y precisa.⁸

En solo mes y medio se logró encontrar la causa de la pandemia; se convocó a expertos en todas las áreas del conocimiento que permitieron desarrollar un plan de acción y se organizaron comisiones para evaluar las estrategias desarrolladas. En tres meses se logró un esfuerzo conjunto para el aporte económico a nivel mundial que reforzó la respuesta ante la enfermedad en países considerados de muy bajos recursos, haciendo uso de las nuevas tecnologías de comunicación para facilitar la difusión y el manejo adecuado de la información oficial ante la población general. Se recurrió a todos los recursos disponibles en tecnología y conocimiento humano, permitiendo que se efectuaran acciones que crearon la columna vertebral de la respuesta internacional ante un evento que se sabía podía ser catastrófico a nivel mundial.

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

Al 29 de enero del 2021, fecha de la última actualización en la página oficial de la OMS de la cronología de respuesta a la pandemia, se habían realizado 134 ruedas de prensa, 41 sesiones de información para los estados miembros, información que puede revisarse en línea como un recurso más para especialistas de la salud e investigadores de diversos campos, para obtener información y analizarla, con la posibilidad de mejorar la comprensión de los eventos y de la respuesta internacional ante la pandemia. Se contó con una plataforma de internet que registró 4.8 millones de inscripciones con 25 cursos, impartidos en 44 idiomas, que permitieron tener información disponible sobre el manejo clínico de los pacientes y uniformar criterios de prevención y manejo de la enfermedad.⁹

Y, aun así, fuimos rebasados.

La reconversión hospitalaria en México covid-19 en nuestro país

En México, el primer caso de covid-19 fue reportado el 27 de febrero del 2020, y el 18 de marzo se confirmó el primer fallecimiento en el territorio nacional, motivando la declaratoria de la Fase 1 de la enfermedad en toda la República, fase que se fundamentaba en la presencia de la enfermedad importada del extranjero, aún sin casos de contagio local y sin medidas estrictas de salud, excepto acciones de carácter preventivo. El Consejo de Salubridad General (CSG) reconoce el 23 de marzo la covid-19 “como una enfermedad grave de atención prioritaria, estableciendo estrategias de preparación y respuesta ante la pandemia”¹⁰ y el día 30 hace la declaratoria de “emergencia sanitaria” (Fase 2).

⁹ “Cronología de la respuesta de la OMS a la covid-19” [Internet], *op.cit.*

¹⁰ “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (covid-19) en México (...)”. *Diario Oficial de la Federación*, 23 de marzo 2020. <https://www.dof.gob.mx/>

En ese contexto, el IMSS inició las estrategias de la Fase 1 en marzo del 2020, con sesiones de capacitación, refiriendo 4,000 cursos, con 140 mil personas instruidas.¹¹ En conjunto, inicialmente propuso como hospital de primera línea para la atención de pacientes covid, el Hospital de Infectología, Dr. Daniel Méndez Hernández, institución fundada el 4 de marzo de 1954 y que ahora forma parte del Centro Médico Nacional La Raza. Pronto se organizó en ese hospital un área separada para pacientes covid y un equipo multidisciplinario de atención, asignando 128 camas de hospitalización para adultos y niños, área de terapia intensiva, rayos X, laboratorio, cirugía y endoscopia, así como una plantilla de 800 trabajadores del IMSS.¹²

En marzo del 2020, cuando los casos de contagio por covid-19 alcanzaron casi el millón en todo el mundo, causando más de 37,000 muertes, varios países comenzaron a prepararse para recibir el impacto que esto tendría en sus hospitales. El 28 de marzo, los centros sanitarios alrededor del mundo reportaban una gran afluencia de contagiados, por lo que se publicó un manual para instalar y gestionar centros de tratamiento de las infecciones respiratorias agudas graves.¹³

A pesar de lo anterior, el impacto de la pandemia rebasó los sistemas de respuesta, sobre todo, considerando la diversidad de sistemas de salud que, a nivel global, evidenció las fallas de cada uno de los sistemas internacionales. En nuestro país, la llegada de la covid mostró un sistema de salud debilitado. El *Informe de la Comisión Independiente*, sostiene que tenía “múltiples deficiencias estructurales”, las que incidieron en la “capacidad y calidad de la respuesta” ante la emergencia

¹¹ “Por la contingencia del covid-19, crea IMSS repositorio multimedia para capacitación del personal de salud” [Internet]. Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/145>

¹² “El IMSS cuenta con el Hospital de Infectología, único en su tipo en el país, y está preparado para atender casos de covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/152>

¹³ “Cronología de la respuesta de la OMS a la covid-19” [Internet], *op.cit.*

sanitaria. También lo califican como “un modelo de atención fragmentado”.¹⁴ Entre otras cosas, influyó que al crearse el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) a finales del 2019, por decreto de reformas a la Ley de Salud, en sustitución al Seguro Popular, disminuyó la cobertura para la población no derechohabiente. De acuerdo con Mariana Campos de “México Evalúa”, a lo largo y ancho de la República, en 2020 se registraban 4,718 hospitales, incluyendo públicos y privados, de los cuales se observó una gran disparidad en correspondencia con la población de las distintas entidades del país.

El escenario de la pandemia, obligó también a la creación de una estrategia que permitiera destinar los recursos disponibles de la forma más eficiente posible para brindar atención médica a la mayor cantidad de pacientes. La respuesta de las instancias sanitarias, tanto públicas como privadas, dio lugar a los siguientes modelos de atención médica ante la contingencia: reconversión de hospitales, atención subrogada, instalación de hospitales temporales y modelo híbrido. El presente escrito está enfocado en el primer modelo.

La reconversión hospitalaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Concerniente a este trabajo, la reconversión hospitalaria, consiste en el proceso por el que diferentes hospitales debieron prepararse para la atención de pacientes durante la crisis sanitaria y, radicó en la adaptación de la atención hospitalaria basada en su capacidad instalada de camas disponibles para cuidados intensivos, que se destinarían a la atención de pacientes críticos, así como el número de camas de

¹⁴ Mariano Sánchez Talanquer y Jaime Sepúlveda, (coords.) *Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la pandemia de covid-19 en México*. México, Ciudad de México, 2024, p. 211.

hospitalización para pacientes no graves.¹⁵ Para ello se habilitaron inicialmente los servicios médicos de segundo y tercer nivel de atención, principalmente: Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Referencia y de Alta Especialidad de las instituciones del Sector Salud en todo el país. Más adelante, ante el aumento de la demanda de atención por el gran número de contagios, la reconversión se extendió a los Hospitales Generales de Zona, estrategia que abarcó diversos estados para atender casos complicados. Esto aconteció en la Fase 3.¹⁶

Para el IMSS, y en general para el sistema de salud en México, la transformación hospitalaria fue la estrategia eje con la que se intentó responder a las exigencias ante la pandemia.

En una fase temprana de la infección, aun cuando se destinaron recursos al Hospital de Infectología, estos no fueron suficientes, por lo que el IMSS planeó la reconversión de 81 hospitales a nivel nacional, con 379 camas para hospitalizar y un equipo médico de 853 especialistas para la atención de 3,600 pacientes, aproximadamente.¹⁷

El 24 de marzo se reportaban 475 casos confirmados y fue cuando se declaró la Fase 2 de la pandemia en México, en la cual se suspendieron ciertas actividades económicas principalmente, se restringieron las congregaciones masivas y se recomendó a la población en general, permanecer en el domicilio y especialmente la de mayor riesgo epidemiológico.¹⁸ El 26 de marzo se interrumpieron las actividades no esenciales

¹⁵ Cecilia Úrsula Mendoza-Popoca, "Reconversión hospitalaria ante la pandemia de covid, en *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 43, núm. 2, 2020, pp. 77-82.

¹⁶ Marcela A. Vázquez Coronado, *Memoria narrativa de la estrategia impulsada por el gobierno federal en el marco de las acciones implementadas para la atención de la pandemia de covid 19, con relación a la prestación subrogada de servicios entre instituciones públicas y privadas*. México, Funsalud, 2020, p. 71-72.

¹⁷ "Presenta IMSS Plan de Preparación y Respuesta Institucional covid-19" [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/171>

¹⁸ Xavier Escudero y colabs. (2021). "La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (covid-19): situación actual e implicaciones para México", en *Archivos de cardiología de Mexico*, 90 (91). <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>

del Gobierno federal, exceptuando las relacionadas con los servicios de seguridad, salud, energía y limpieza.¹⁹ Para responder a la emergencia sanitaria, el IMSS presentó su plan de trabajo en la Fase 2, previendo la modificación de las áreas del Instituto y, en la Fase 3, la expansión operativa elástica a través de un sistema regional que estuviera atento a la demanda y la respuesta local por estado.²⁰

En la Fase 2 se planeó concentrar la atención médica en 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), 236 hospitales de Segundo Nivel, 1,521 Unidades de Primer Nivel, 80 Hospitales Rurales del Programa IMSS Bienestar, 3,622 Unidades Médicas Rurales y una fuerza laboral de 430 mil profesionales de la salud, previéndose 120 hospitales reconvertidos a nivel nacional.²¹

En abril del 2020 se publicó en la página oficial del IMSS la reconversión del Hospital General de Zona (HGZ) #32 para atender a pacientes covid, con recursos de aproximadamente 20 camas con ventiladores y equipo completo en área de urgencias. Este fue el primer hospital que se designó oficialmente como área de transformación hospitalaria debido a la alta demanda de atención, proceso que se organizó en tres etapas de la reconversión; una segunda etapa con 50 camas, la tercera con 20 camas en tercer piso.²² En la fase inicial se contemplaron el segundo y tercer nivel dedicados a especialidades de ginecobstetricia y ginecopediatría,

¹⁹ Cristina Suárez Valencia, Mike Quezada, Socorro Oros Ruiz y Elba Ronquillo de Jesús, “Epidemiología de covid-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, en *Revista clínica española*, 220, 8, 2020, pp. 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>

²⁰ “Suman esfuerzos IMSS e Insabi para el Manejo Integral Hospitalario del Paciente Crítico por covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/181B>

²¹ “Presenta IMSS Plan de Preparación y Respuesta Institucional covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/171>

²² “HGZ No.32 del IMSS en Villa Coapa ya atiende pacientes con covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/237>.

para continuar con el servicio de otras áreas prioritarias, aun en tiempo de pandemia;²³ sin embargo, esto se modificó debido a la alta demanda de espacios hospitalarios para el abordaje de pacientes covid.

La Fase 3 de contingencia epidémica fue declarada el 21 de abril; para esas fechas el reporte oficial fue de 8,772 casos y 712 muertes.²⁴ El aumento exponencial del número de personas contagiadas, dio origen a diversas estrategias para nuestro país, ya referidas en este mismo texto. Esto modificó la forma de trabajar de las instituciones y los centros médicos que brindaban atención hospitalaria en los diferentes niveles. Para implementar esta fase se determinaron tres etapas aplicables a aquellos hospitales 100% covid, es decir, en los que la reconversión permitiría ocupar la totalidad de las camas censables y los servicios de cuidados intensivos:²⁵

1) Preparación:

- Suspensión de cualquier otro servicio
- Reubicación de pacientes a hospitales de apoyo.
- Los servicios que no pudieran ser suspendidos, debían realizarse bajo medidas de seguridad.
- Trabajar con equipos de respuesta covid.
- Ginecología y pediatría se atenderían en hospitales de apoyo con las estrategias necesarias.

²³ “El IMSS cuenta con el Hospital de Infectología, único en su tipo en el país, y está preparado para atender casos de covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/152>

²⁴ “Secretaría de Salud declara a México en Fase 3 por covid-19” [Internet]. unam.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. https://www.trabajosocial.UNAM.mx/politicaso-cial/material/Salud/2020/salud_abr_q_declaran_fase_3.pdf

²⁵ “Lineamientos para reconversión hospitalaria en Fase III” [Internet]. Gob. Mx. [citado el 03 de mayo de 2024]. https://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/08/AI2-Lineamientos-Para-Reconversion-Hospitalaria-En-Fase-III.pdf

- Las áreas de aislamiento hospitalario debían extenderse a máxima capacidad, asegurándose tener los recursos necesarios para su funcionamiento.
- Cada unidad debía generar un plan local de reorganización de espacios y servicios, fortalecer la capacitación y entrenamiento necesario para el manejo de los pacientes, considerando la posibilidad de urgencias NO covid.
- Los lineamientos de manejo de cadáveres debían supervisarse de forma continua.
- Mantener vigilancia epidemiológica.

2) Operación:

- Los servicios que debían continuar operando, eran: banco de sangre, urgencias, laboratorios de análisis clínicos, e imagenología, 24 hrs. al día.
- Los pacientes debían mantenerse en aislamiento, disminuyendo tiempo de ingreso limitando el contacto con familiares.
- Tener las medidas de prevención y control de infecciones en todos los pasos operativos.
- Asignar un responsable para el levantamiento de información estratégica y su registro.

3) Recuperación:

- Recuperación paulatina de funciones y servicios habituales, ordenada y posterior a una limpieza exhaustiva.

De igual manera, se contempló un modelo híbrido, igualmente en tres fases:²⁶

- 1) Preparación:
 - a) Se establecerían los mismos principios básicos que las unidades 100% covid, pero además se contempló que las áreas asignadas a pacientes infecciosos, debían estar invariablemente aisladas con áreas específicas de trabajo, vestidor y de circulación controladas al exterior.
 - b) Separación de áreas de urgencias covid y no covid, contemplando urgencias generales de cirugía y obstetricia.
 - c) Garantizar la existencia permanente de apoyo de ambulancias IMSS o subrogadas.

- 2) Operación: se observaron los mismos principios de las unidades 100% covid y además:
 - a) Se agregaron como servicios básicos que debían continuar funcionando: hemodiálisis, quimioterapia, cirugía de urgencia, unidad de tococirugía cuando no fuera posible subrogarlos.
 - b) Se mantendría la actividad constante que fuera necesaria para la adecuada atención de los pacientes hospitalizados.
 - c) Se podrían trasladar pacientes a hospitales y unidades de medicina familiar No covid, cuando fuera factible y conveniente, para disminuir la carga asistencial de las unidades.

- 3) Recuperación: se contemplaron los mismos principios para las unidades 100% covid.

²⁶ “Lineamientos para reconversión hospitalaria en Fase III” [Internet]. Gob. Mx. [citado el 03 de mayo de 2024]. https://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/08/AI2-Lineamientos-Para-Reconversion-Hospitalaria-En-Fase-III.pdf

En apoyo a las instituciones, el 13 de abril del 2020 se firmó el Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios por las instancias públicas de salud: IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), la Secretaría de Marina, el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), Petróleos Mexicanos (Pemex) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales. En este Convenio se comprometieron a garantizar la calidad de la atención médica y hospitalaria de derechohabientes y/o beneficiarios “integrantes del sistema nacional de salud pública o social”.²⁷

Para el mes de junio, el IMSS había brindado servicios médicos a 10,564 personas no derechohabientes en clínicas y hospitales del Instituto, con los cobros determinados por el tabulador de tarifas sectorial, que de no contemplarse se aplicarían los vigentes de cada institución; el programa debía continuar mientras el convenio se mantuviera. Además, de acuerdo al citado convenio, se planeó homologar las estrategias de manejo, así como asegurar el servicio en caso de pacientes que, en la búsqueda de atención médica, se encontraran con hospitales saturados para su redistribución,²⁸ lo que en la práctica aumentó aún más la demanda a la que se enfrentó el Instituto. Debido a la designación de áreas hospitalarias cada vez mayores para hacer frente a la epidemia, con la entrada de la Fase III, se procedió a la reubicación de pacientes no covid a los hospitales restantes. Además, se llevó a cabo un acuerdo con hospitales privados, como parte del Convenio Marco, aplicando al programa 357 hospitales, de los que 212 fueron aprobados por el CSG;

²⁷ “Convenio prestación subrogada servicios médicos hospitalarios” [Internet]. Gob. Mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Convenio_prestacion_subrogada_servicios_medicos_hospitalarios.pdf

²⁸ “A nivel nacional, más de 10 mil 500 personas no derechohabientes reciben atención médica en clínicas y hospitales del IMSS por covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/422>.

del 23 de abril al 26 de mayo del 2020, fueron transferidos 3,968 derechohabientes del IMSS a hospitales privados.²⁹ Con la subrogación a hospitales privados miembros del acuerdo, se contemplaba atender durante la pandemia hasta 28 mil partos y cesáreas, cuya referencia se efectuó de forma telefónica.³⁰ En lo que corresponde a lo acontecido en la Fase III en el resto de la República, la transformación hospitalaria se aplicó a 184 unidades, de las cuales 29 fueron exclusivamente covid, con: 12 mil 734 camas, 3 mil 460 con ventilador y la conformación de 2 mil 420 equipos para la atención de los pacientes.³¹

En Nayarit, el Hospital de Bahía de Banderas se convirtió para apoyar a su población; se planificó la reconversión de los Hospitales Generales de Zona (HGZ) #1 en Tepic, y el #10 en Santiago Ixcuintla.³² De igual forma, en Coahuila, la Torre B del HGZ #7 de Monclova fue acondicionada para convertirse en hospital 100% covid.³³ Por su parte, se iniciaron actividades anticipadas de nosocomios como el HGZ #252 en Atlacomulco, Estado de México, con 28 camas en su primera etapa para derivar pacientes no graves de covid, programado originalmente

²⁹ “El IMSS ha referido 3 mil 968 derechohabientes para recibir atención médica en hospitales privados” [Internet]. Gob. Mx. [citado el 03 de mayo de 2024]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202005/343>

³⁰ “Con el acuerdo de subrogación a hospitales privados, se atenderá hasta 28 mil partos y cesáreas de embarazadas derechohabientes del IMSS” [Internet]. Gob. Mx. [citado el 03 de mayo de 2024]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/223>.

³¹ “Emprende IMSS diversas acciones para que nadie se quede sin hospitalización durante emergencia sanitaria” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/441>

³² “Director general del IMSS y Gobernador de Nayarit supervisaron HGZ No. 33 en Bahía de Banderas” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/207>

³³ “Director general del IMSS, Zoé Robledo, detalla acciones para atender casos por covid-19 en HGZ N° 7, de Monclova, Coahuila” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/174>

para concluirse el 15 de julio del 2020 con 90 camas para la atención a 209,392 derechohabientes con servicio en 36 especialidades.³⁴

Con el fin de desahogar las unidades hospitalarias y aumentar el número de camas para la atención de pacientes convalecientes, se inauguraron Módulos Hospitalarios Temporales a partir de julio del 2020; entre estos proyectos se encontraron el Hospital Temporal de Tijuana (60 camas), localizado en el Hospital General Regional #1; el Módulo en Mexicali (342 camas) del HGZ #30; en Villahermosa, Tabasco, en el HGZ #46 (38 camas) y, en Tlanepantla, la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) #199.³⁵

El programa IMSS Bienestar, cuya titular era la doctora Gisela Lara Saldaña, planteaba como respuesta a la emergencia sanitaria destinar 430 mil médicos, enfermeras, paramédicos, personal administrativo y de acción comunitaria repartidos en 3,622 Unidades Médicas Rurales, 45 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), 140 Unidades Médicas Móviles, 184 Brigadas de Salud, 80 Hospitales Rurales y orientación a grupos por parte de 187,203 voluntarios rurales.³⁶

³⁴ “Para atender a pacientes en grado medio por COVID-19, entra en operaciones HGZ No. 252 del IMSS en Atlacomulco” [Internet]. Gob. Mx. [citado el 03 de mayo de 2024]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/428>.

³⁵ “Inauguran Módulo Hospitalario Temporal de Tijuana para atención de pacientes COVID-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/519>; “Inicia operaciones Módulo Hospitalario Temporal en el HGZ No. 30 de Mexicali para convalecientes por COVID-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/517>; “IMSS y Gobierno de Tabasco supervisan arranque de obras para Módulo Hospitalario Temporal en Villahermosa” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/467>; “IMSS y Gobierno de Tabasco supervisan arranque de obras para Módulo Hospitalario Temporal en Villahermosa” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/467>; “Módulo Hospitalario Temporal en Tlanepantla garantiza mayor atención médica para covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/443>

³⁶ “Presenta IMSS Plan de Preparación y Respuesta Institucional covid-19” [Internet]. Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/171>

Cabe señalar que las distintas instancias públicas de salud hicieron sus planes de reconversión, incluyendo la Secretaría de Marina y de la Defensa. Sin embargo, se ha señalado que el aumento de camas no fue suficiente; de acuerdo con “un estudio del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) de 2019 a 2020, señala que México agregó 13,000 camas a su sistema hospitalario, entre los aumentos más relevantes: 6,671 en la Secretaría Salud, 857 en el IMSS y 464 en el ISSSTE (...)”.³⁷

Después de este breve trayecto de transformación hospitalaria, con especial atención en lo acontecido en el IMSS, podemos asegurar que a pesar de las fallas que se pudieron presentar en el proceso, la planeación e implementación de estrategias ante el desastre, amplió la capacidad de respuesta ante un evento cuya rapidez de propagación y magnitud de catástrofe económico y de vidas humanas rebasó los cálculos iniciales. Adaptar o rediseñar el espacio físico, práctica común en tiempos de crisis sanitarias, estableció fronteras entre lo puro y lo impuro, entre la salud y la enfermedad, con repercusión en las relaciones sociales tradicionales al interior de los recintos hospitalarios. Tema este último que da cuenta de otra vertiente de análisis de esta alteración compleja.³⁸

Sin duda, en todo este proceso, fue novedoso el uso de las tecnologías, ya que constituyó una poderosa herramienta que facilitó el desarrollo de estos planes y ejes de manejo, permitiendo aprender de la experiencia a nivel internacional.

³⁷ Mariano Sánchez Talanquer y Jaime Sepúlveda, *op. cit.*, p. 219.

³⁸ Sandra Gayol y Ricardo Maximiliano. “El paso de la pandemia en un hospital covid-19 y muerte en Buenos Aires, Argentina”, *Historia, Ciencias, Saude-MANGUI-NOS*, vol.30, supl., e2023048, 2023, pp. 4-6.

Comentario final

La estrategia de reconversión hospitalaria en México representó un mecanismo para homologar la atención y distribución de recursos y pacientes por parte del sistema nacional de salud, dividido en cuatro regímenes (SSA, IMSS, ISSSTE, privados) con sus características particulares. Ante la emergencia por covid-19 en nuestro país, dicha estrategia se puede resumir de la manera siguiente:

A. Uso de toda la infraestructura disponible, independientemente de la institución que se tratara (colaboración de recursos gubernamentales y de organizaciones privadas), con movilización de pacientes a unidades con los recursos más adecuados, para responder a la elevada demanda de atención, especialmente en áreas densamente pobladas.

B. En la práctica, el funcionamiento de hospitales no covid o de modelo híbrido, con áreas separadas, contribuyó a disminuir la incidencia de contagios, permitiendo la atención de otras patologías médicas relevantes como problemas de salud que debían ser prontamente atendidos.

C. Con base en cada modelo hospitalario (covid, no covid e híbrido), se identificaron los servicios y recursos prioritarios que debían mantenerse en funcionamiento destinando capital humano y material médico.

D. La implementación de áreas para pacientes convalecientes fue fundamental para la pronta liberación de espacios y recursos.

Finalmente, es preciso mencionar que entre las diversas estrategias adoptadas para atender la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por SARS-CoV-2, se recurrió también a la reconversión de espacios, siguiendo los lineamientos de la Fase III, como el Centro de Convenciones Banamex, cuyo costo de instalación y equipamiento fue de mil 580 millones de pesos; la denominada Unidad Temporal covid-19 (en adelante UTC-19), funcionó durante 413 días, del 29 de abril de 2020 al 10 de junio de 2021. Atendió a 9,088 pacientes de los cuales de 8,548 fueron dados de alta por mejoría, 103 referidos a otros hospitales y con una mortalidad de 342 personas (3.7% mortalidad global, 13% en

estado crítico). Igualmente realizó el diagnóstico a 13,542 personas, atendidas por tres mil profesionales de la salud. Las acciones practicadas y la población atendida, ayudaron a liberar 112,555 camas de otras unidades hospitalarias.

A lo largo de este recorrido, se pudo observar que el término de reconversión hospitalaria es empleado de manera indistinta en fuentes oficiales, las que refieren también el de transformación hospitalaria, aun cuando quedó específicamente establecido que consistía en la adaptación de la capacidad de los hospitales existentes, a las necesidades causadas por la emergencia, con las características aquí señaladas. Igualmente, habrá que distinguirlo del proceso de reconversión de espacios, como sucedió con la instalación del UTC-19, Unidad situada en un área de usos distintos a los hospitalarios, como el caso de los hospitales provisionales establecidos en estadios, parques, estacionamientos, etcétera.

Aún queda por documentar la historia de la reconversión en México en tiempos de la pandemia SARS-CoV-2 para su estudio y análisis más amplio, sin olvidar los esfuerzos importantes que la investigación ha arrojado recientemente, como el *Informe de la Comisión Independiente*, ya citado. Sirva este texto como una aproximación a su investigación, sin olvidar que los modelos de atención en emergencia sanitaria, son de larga data, pero cada época y situación particular determina nuevos mecanismos, como la suma de actores, por ejemplo, privados, públicos y en ocasiones de la sociedad misma, que facilitan su creación y funcionamiento, a la par de lo acontecido en el contexto global.

Bibliohemerografía

- “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-Cov2 (covid-19) en México como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia”, en *Diario Oficial de la Federación* (México), 23 de marzo 2020. <https://www.dof.gob.mx/>.
- Escudero, Xavier y colabs., “La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (covid-19): Situación actual e implicaciones para México”, en *Archivos de Cardiología de Mexico*, vol. 90, núm. 91, 2021, supl., p. 714. <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>.
- Gayol, Sandra, Ricardo Maximiliano. “El paso de la pandemia en un hospital: Covid-19 y muerte en Buenos Aires, Argentina”, *Historia, Ciencias, Saude-MANGUINOS*, vol. 30, supl., e2023048, 2023, pp. 1-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702023000100048>.
- Gobierno de México, “Convenio prestación subrogada servicios médicos hospitalarios”, en Gob.mx [citado el 25 de octubre de 2022]. https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/07/Convenio_prestacion_subrogada_servicios_medicos_hospitalarios.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de México, “A nivel nacional, más de 10 mil 500 personas no derechohabientes reciben atención médica en clínicas y hospitales del IMSS por covid-19”, en Gob.mx [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/422>.
- “Con el acuerdo de subrogación a hospitales privados, se atenderá hasta 28 mil partos y cesáreas de embarazadas derechohabientes del IMSS”, en Gob.mx [citado el 03 de mayo de 2024]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/223>.
- “Director general del IMSS y Gobernador de Nayarit supervisaron HGZ No. 33 en Bahía de Banderas”, en Gob.mx [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/207>

- “Director general del IMSS, Zoé Robledo, detalla acciones para atender casos por covid-19 en HGZ N° 7, de Monclova, Coahuila”, en Gob.mx [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/174>
- “El IMSS cuenta con el Hospital de Infectología, único en su tipo en el país, y está preparado para atender casos de covid-19”, en Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/152>.
- “Emprende IMSS diversas acciones para que nadie se quede sin hospitalización durante emergencia sanitaria”, en Gob.mx [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/441>
- “HGZ No.32 del IMSS en Villa Coapa ya atiende pacientes con covid-19”, en Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/237>.
- “IMSS ha referido 3 mil 968 derechohabientes para recibir atención médica en hospitales privados”, en Gob.mx [citado el 03 de mayo de 2024]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202005/343>.
- “IMSS y gobierno de Tabasco supervisan arranque de obras para Módulo Hospitalario Temporal en Villahermosa”, en Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/467>.
- “Inauguran Módulo Hospitalario Temporal de Tijuana para atención de pacientes covid-19”, en Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/519>
- “Inicia operaciones Módulo Hospitalario Temporal en el HGZ No. 30 de Mexicali para convalecientes por covid-19”, en Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/517>.
- “Lineamientos para reconversión hospitalaria en Fase III”, en Gob. mx [citado el 03 de Mayo de 2024]. <https://educacionensalud>.

imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/08/AI2-Lineamientos-Para-Reconversion-Hospitalaria-En-Fase-III.pdf

----- “Módulo Hospitalario Temporal en Tlalnepantla garantiza mayor atención médica para covid-19”, en Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202007/443>.

----- “Para atender a pacientes en grado medio por covid-19, entra en operaciones HGZ No. 252 del IMSS en Atlacomulco”, en Gob.mx [citado el 03 de mayo de 2024]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/428>.

----- “Por la contingencia del covid-19, crea IMSS repositorio multimedia para capacitación del personal de salud”, en Gob.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/145>.

----- “Presenta IMSS Plan de Preparación y Respuesta Institucional covid-19”, en Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/171>.

----- “Suman esfuerzos IMSS e Insabi para el Manejo Integral Hospitalario del Paciente Crítico por covid-19”, en Gob.mx. [citado el 25 de octubre de 2022]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/181B>.

Memoria de la Unidad Temporal Covid-19, México, Fundación Carlos Slim, 2022. <https://fundacioncarloslim.org/fundacion-carlos-slim-apoyo-en-la-lucha-contra-covid-19/memoria-de-la-unidad-temporal-covid19/>.

Mendoza Popoca, Cecilia U. y Mario Suárez Morales, “Reconversión hospitalaria ante la pandemia de covid”, en *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 43, núm. 2, 2020, pp. 77–82. <http://dx.doi.org/10.35366/92875>.

Sánchez Sagrado, Teresa, “La atención primaria en el Reino Unido”, en *Medicina de Familia. SEMERGEN*, España, vol. 42, núm. 2, 2016, pp. 110–113. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.013>.

Sánchez Talanquer, Mariano, Sepúlveda Jaime (coords.), *Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la pandemia de covid-19*

- en México, Ciudad de México, 2024. <https://www.comisioncovid.mx/documents/Informe-Comision-Independiente.pdf>.
- Suárez Valencia, Cristina, Mike Quezada, Socorro Oros Ruiz y Elba Ronquillo de Jesús, “Epidemiología de covid-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, en *Revista clínica española*, vol. 220, núm. 8, 2020, pp. 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>.
- Tavares Quinhoes, Trajano A. y Sonia Fleury, “La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90”, en *Salud Colectiva*, Argentina, vol. 1, núm. 2, 2005, pp. 129–153. <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n2/129-153/>.
- Universidad Nacional Autónoma de México, “Secretaría de Salud declara a México en Fase 3 por COVID-19” en unam.mx. [citado el 21 de octubre de 2022]. https://www.trabajosocial.UNAM.mx/politicassocial/material/Salud/2020/salud_abr_q_declaran_fase_3.pdf.
- Vázquez Coronado, Marcela A, *Memoria narrativa de la estrategia impulsada por el gobierno federal en el marco de las acciones implementadas para la atención de la pandemia de COVID 19, con relación a la prestación subrogada de servicios entre instituciones públicas y privadas*, México, Funsalud, 2020. https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2022/09/Narrativa_Ultima-version-25-agosto-2022_Un-logo.pdf.
- World Health Organization, “Cronología de la respuesta de la OMS a la covid-19”, [21 de octubre de 2022]. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
- “Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 3”, 2020 [9 de marzo de 2024]. <https://iris.who.int/handle/10665/330762>.

Capítulo VII

Una mirada desde la antropología médica al fenómeno de lactancia materna

Elizabeth Hernández Alonso, Oliva López Sánchez

Introducción

El presente trabajo es parte de una investigación doctoral realizada en dos centros de atención primaria a la salud ubicados en la zona norte de la capital del estado de Puebla, con la intención de conocer las trayectorias de elección de mujeres en crianza en torno al tipo de alimentación que brindan a sus recién nacidos durante la pandemia por covid-19. La misma ha sido auspiciada por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) del Gobierno mexicano a través de la beca 41,3278 y bajo la dirección y asesoramiento de la doctora Oliva López Sánchez.

Al realizarse el trabajo de investigación se observó que las prácticas alimentarias son diversas y complejas, al tiempo que las normativas, leyes y reglamentos no siempre pueden cumplirse en su totalidad, siendo imprescindible una mirada desde la antropología médica que logre articular el seguimiento y acompañamiento de los profesionales médicos con los contextos socio-culturales de las mujeres en crianza.

Es así como el propósito del capítulo es reflexionar en torno a la práctica de la lactancia y su proceso de institucionalización en el terreno biomédico, ya que dicha práctica es un fenómeno bio-psico-social que

no solo se construye desde la corporeidad humana o desde la biología del cuerpo femenino, sino desde las concepciones y creencias entorno a la nutrición infantil, las prácticas alimentarias aceptadas y reproducidas por los grupos sociales y el peso simbólico que tiene cada una de estas en la crianza. De esta manera, se articulan elementos epistémicos y prácticos para entender que la práctica del amamantamiento es un hecho complejo en el que intervienen distintos e innumerables actores y actoras sociales.

Para comenzar, es menester señalar que el tema de la alimentación infantil y en particular de la lactancia humana o materna es una preocupación mundial no reciente. A principios del siglo XX se funda la Organización Panamericana de Salud (OPS) con la intención de mejorar la vida de miles de infantes y, por supuesto, erradicar la mortalidad de los mismos. Algunos investigadores han señalado que, por cada mil infantes nacidos vivos a principios del siglo XX, poco más de 200 morían, una cifra muy alta. Es decir, 20% del total, no sobrevivían y, peor aún, la esperanza de vida no superaba los 40 años.¹

Si bien, desde la Edad Media y hasta el siglo XX² la sociedad se resignaba al hecho de la elevada tasa de mortalidad infantil³ a causa de enfermedades e infecciones y, por este motivo, se conformaban familias extensas para asegurar la supervivencia de algunos de sus miembros, lo cierto que es que, con la baja de población después de las guerras y la necesidad de conformar sociedades fuertes con ciudadanos dispuestos a defender –si fuera necesario– a sus países, la mortalidad dejó de considerarse una condición común y comenzaron a buscarse estrategias para disminuirla:

¹ Jesús Fleta Zaragozano, “Bases historiográficas sobre la morbimortalidad infantil en los siglos XIX y XX, con especial referencia a Aragón”, en *Boletín Pediátrico*, España, vol. 36, 2006, pp. 10-16.

² CEPAL, “Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960”, en *CEPAL*, Santiago de Chile, 2011, pp. 1-309.

³ Alejandro Aguirre, “La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI”, en *Papeles de Población*, México, 2009, pp. 75-99.

hasta comienzos del siglo XIX la lactancia materna se prolongaba hasta los dos años de edad e incluso más tarde, suplementada en ocasiones por cereales y algunas semillas. A raíz de la revolución industrial, con la incorporación de la mujer al trabajo se trató de sustituir la leche materna por diversos productos (el babeurre era una leche fermentada y parcialmente desgrasada, cuya elaboración estaba basada en una práctica popular holandesa), hecho que tuvo como consecuencia el aumento de las tasas de mortalidad infantil. Posteriormente, durante la guerra europea de 1914, comenzaron a prepararse leches albuminosas obtenidas a partir de caseinatos y de babeurre. Posteriormente aparecieron las llamadas leches humanizadas o maternizadas, términos que fueron sustituidos por el de fórmulas adaptadas a partir del año 1977. Las diferentes normativas sobre preparados lácteos empleados en la alimentación del lactante han sido establecidas tomando como referencia el contenido medio de nutrientes de la leche materna. Así las primeras regulaciones sobre leches comerciales para consumo del lactante se establecieron entre 1934 y 1941.⁴

Pocos años después de haber sido conformada la OPS, se detonaron dos eventos importantes en la historia de la humanidad: la Primera y Segunda Guerra Mundial. En 1914 comenzaba la primera. Las disputas generadas por cooptar la riqueza de pequeños países y lograr con ello la expansión económica y de mercado, al tiempo de configurar algunas potencias como dueñas y sucesoras. Tras cuatro años de combate, finaliza la guerra en 1918, dejando problemas económicos, políticos y sanitarios.⁵ Dos décadas después comienza la segunda que incluye

⁴ Purificación Gómez-Alvarez Salinas. “Fórmulas infantiles. Alimentación Adaptada” en *Revista Farmacia Profesional*, México, vol. 16, núm 8, 2002, p. 73.

⁵ Luis Bosemberg, “Las guerras mundiales: problemas y controversias en torno a los orígenes”, en *Revista Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, Colombia, vol. 33, 2006, pp. 289-309.

a países de Europa, del norte de África, del sudeste asiático e islas del Pacífico, así como de América, con el objetivo de cambiar el régimen fascista y comunista por la democracia. Con una duración de poco más de cinco años cobró la vida de sesenta millones de personas entre civiles y soldados.⁶

Estas guerras implicaron transformaciones sociales, económicas y políticas, dando pie a la creación de sistemas económicos y políticos que reflejaban las preocupaciones de gobiernos, por ejemplo: la creación de acuerdos de paz y el respeto a las garantías individuales, al tiempo de propiciar el desarrollo pleno de los individuos en sociedad y, particularmente, de los grupos vulnerables entre ellos los infantes, contrarrestando la tasa de mortalidad. Por supuesto que estas acciones no solo fueron lideradas por los gobiernos en turno sino por la sociedad civil y organismos no gubernamentales sumando esfuerzos para mejorar la vida en el mundo.⁷

La preocupación persistente fue el cuidado de la niñez que, para los años cincuenta sufría mundialmente escasez de alimentos, infecciones respiratorias y, gastrointestinales y carencia de condiciones salubres para la vida.⁸ La muestra de ello fue la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que comenzó funciones en 1942 con 26 países miembros, sentando las bases para mejorar las condiciones de los países en vías de desarrollo. Para el año de 1945, se publicó la Carta de las Naciones Unidas (CNU), puntualizando la

⁶ Andrew, Jones, *British Humanitarian NGOs and the disaster relief industry. 1942-1985*. Birmingham: The University of Birmingham, 2014.

⁷ Cristian, Buchrucker, "Realidades y mitos en la construcción de la Guerra Fría", en *Revista Ciclos*, Argentina, vol. XXVII, núm. 55, 2020, pp. 43-64.

⁸ Hugo Behm Rosas, "Las determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia", en *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, México, vol. 12, núm. 1, 2014, pp. 139-153.

importancia del reconocimiento y respeto de los derechos fundamentales de la humanidad entre ellos el derecho a la vida y la alimentación.⁹

El 11 de diciembre de 1946 se creó en Nueva York, el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia más comúnmente llamada United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), con la finalidad de brindar apoyo a infantes víctimas de las guerras. En principio, la atención fue para niñas y niños de Europa, China y Medio Oriente. Después se expandió para el mundo entero y, el financiamiento estuvo a cargo de los gobiernos que contribuyeran de forma voluntaria, así como de algunas organizaciones civiles, fundaciones, sector privado o ciudadanos interesados en participar:

UNICEF fue fundado después de la segunda guerra mundial para brindar ayuda y esperanza a todos los niños en peligro o necesitados, sin que importara el país donde vivían o el papel que hubiera desempeñado su país en la guerra. Nuestra misión sigue siendo hoy igual de urgente y universal que entonces.¹⁰

UNICEF y ONU trabajaron de forma constante para ofrecer programas contra la desnutrición, prevenir enfermedades e inmunizar al mayor número de infantes protegiendo y garantizando su desarrollo pleno. En 1948, la Asamblea de la ONU precede la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), la cual es considerada la Carta Magna de tipo mundial que puntualiza las garantías de cada individuo, resultado del movimiento feminista sufragista a cargo de la estadounidense Eleanor Roosevelt.¹¹ A lo largo de treinta artículos se establecen los derechos

⁹ Organización de las Naciones Unidas, “Carta de las Naciones Unidas”. Historia de las Naciones Unidas | Naciones Unidas, s.f. <http://www.un.org/es/about-us/history-of-the-un-charter>

¹⁰ UNICEF, “UNICEF conmemora 70 años de trabajo incansable en favor de los niños más vulnerables del mundo”, en *Revista Boletín UNICEF*, 2016, párrafo 2.

¹¹ Amelia Valcárcel, *Ahora, Feminismo. Cuestiones candentes y frentes abiertos*, España, Editorial Cátedra, 2022, pp. 1-266.

civiles, políticos, económicos, sociales y culturales imprescindibles para la vida en un estado de bienestar. Además, la figura de la madre y la maternidad se instauran como figuras de protección para el infante.

Poco a poco la salud materno-infantil y con ello el tema de la lactancia materna se vuelven clave dentro de las agendas políticas y sanitarias. La ONU, UNICEF y OMS (Organización Mundial de la Salud) no solo apelan a la disminución de la muerte infantil mediante la práctica de la lactancia materna, sino que muestran la carente acción gubernamental para regular el derecho a la alimentación, el desarrollo y la vida plena.

La lactancia materna exclusiva constituye la piedra angular de la supervivencia y la salud infantiles porque proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, funciona como primera inmunización del lactante, que lo protege frente a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y otras dolencias potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.¹²

La evidencia científica robustece el discurso biomédico en torno a la práctica de lactancia, al señalar ventajas, tanto para la cría como para la madre que resultan inigualables y muchas veces insuperables por los sucedáneos. La leche humana es un alimento conformado por distintos nutrientes que desarrollan al menor física y mentalmente.

El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida. La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal

¹² WHO, "Metas mundiales de nutrición 2025, Documento Normativo sobre lactancia materna", World Health Organization, Ginebra, Suiza, 30 diciembre de 2014, p. 1

desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades. No hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida.¹³

Pese a las propiedades de la leche humana, en el mundo, alrededor del 23% de los infantes son alimentados al seno materno de forma exclusiva; para el caso de México, solo 3 de 10 infantes son amamantados los primeros seis meses de sus vidas. De acuerdo con la OMS estas bajas cifras contribuyen a la mortalidad de 12% de infantes menores de cinco años en el mundo.

Las estrategias que se han señalado desde agendas internacionales para combatir el problema, por supuesto tienen que ver con aumentar la práctica y promoverla en todos los sectores sanitarios para que más mujeres la lleven a cabo, sin embargo, no ha sido tarea fácil. Existen factores que influyen en la práctica, el primero de ellos, es la poca información que se brinda a las mujeres en torno a la lactancia, al tiempo de un acompañamiento deficiente durante la gestación, parto y puerperio, seguido de una fuerte mercadotecnia que impulsa la compra y venta de sucedáneos de leche, así como la prescripción y recomendación por parte de algunos médicos durante las consultas.

A partir de la década de los años noventa del siglo XX, se han promulgado iniciativas y normativas para coadyuvar y promover el amamantamiento, tal es el caso de la creación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (CICSLM), la Declaración *Innocenti* y la Iniciativas para Hospitales Amigos del Niño y la Niña (IHANN).¹⁴

¹³ UNICEF, *Manual de lactancia materna*, Quito-Ecuador, Editorial UNICEF, 2013, pp. 1-56, p. 13.

¹⁴ Teresita, González de Cosío-Martínez y Hernández-Cordero, Sonia, *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*, México: CONACYT-ANMM, 2016.

El objetivo del código es proteger la nutrición del infante, al asegurar que las fórmulas lácteas no sean distribuidas en espacios sanitarios a menos que exista alguna prescripción médica para ello, es decir, que se sancionarán los suministros gratuitos o muestras, el contacto directo de los vendedores de fórmulas con las madres, así como la distribución de folletos que alienten a su compra, dentro de hospitales o centros de salud.

Casi una década después, para reforzar la publicación del Código, se ideó un decálogo de acción para los países miembros, la denominada Declaración *Innocenti*, no solo como iniciativa, sino como decálogo de acción que permitiría tener un marco legal e institucional que promoviera en los espacios sanitarios la práctica de la lactancia materna por considerarla el mejor alimento para el infante al tiempo de ser una medida eficaz para prever la muerte.¹⁵

En conjunto (Código, Declaración *Innocenti* e IHANN), trabajan por construir espacios seguros, informados y de promoción a la lactancia materna de tipo exclusiva, sin embargo, a poco más de tres décadas de la publicación y ratificación por el Estado mexicano, los expertos en salud infantil muestran su preocupación por estar en índices del 30%, muy por debajo de las metas de desarrollo sostenible para el año 2025 que son arriba del 50% y del año 2030 arriba del 70%.¹⁶

Entonces, ¿qué sucede en el país? ¿por qué no se han logrado las metas? La respuesta no es sencilla ni única, sin embargo, consideramos que, parte de esta respuesta y solución radica en integrar a las mujeres en estos discursos médicos, además de brindar un acompañamiento que comprenda las condiciones sociales y culturales que vive la mujer cuando se ha convertido en madre.

¹⁵ UNICEF, “Declaración de Innocenti del 2005. La alimentación de lactantes y niños pequeños”, en *Revista Boletín UNICEF*, s.l., 2006, pp. 1-8.

¹⁶ Luz Dinorah González-Castell; Mishel Unar-Munguía; Anabelle Bonvecchio-Arenas; Ivonne Ramírez-Silva y Ana Lilia Lozada-Tequeanes, “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México”, en *Revista Salud Pública de México*, México, vol. 65, suplemento 1, 2023, pp. 204-211.

Antropología médica

La antropología médica como disciplina social es reciente, su origen se remonta a mediados del siglo veinte en Norteamérica y Canadá expandiéndose hasta América Latina y Europa, su finalidad es comprender el proceso de salud, enfermedad, atención y padecimiento que vive la persona, la cual está íntimamente relacionada con sus contextos personales, afectivos, económicos, políticos, sociales y culturales.

La formación, adiestramiento y capacitación en el terreno de la antropología médica y salud intercultural en México, es un tema íntimamente articulado con la emergencia, crecimiento, desarrollo y consolidación de la disciplina antropológica en nuestro país. La docencia se remonta a las actividades aisladas de los primeros antropólogos extranjeros y mexicanos que se dedicaron en forma directa o secundaria al campo del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a).¹⁷

Podemos decir que en México, los orígenes de la antropología médica tienen relación con el estudio de los grupos indígenas y la intención de incorporarlos a las prácticas sanitarias, además de que, la búsqueda de construcción de la nación, pugnaba por recuperar los conocimientos ancestrales, a la par de acompañarlos hacia un desarrollo social que para muchos implicó la pérdida total o parcial de sus conocimientos y tradiciones.

Las primeras reflexiones sobre salud y enfermedad, desde el punto de vista cultural y en contextos contemporáneos, aparecieron en México después de la Segunda Guerra Mundial, y se convirtieron en fuente de interés para los antropólogos y, en menor medida, para los epidemiólogos. Parteaguas en este campo fue, en 1940, el Primer

¹⁷ Roberto, Campos-Navarro, "La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI", en *Revista Médica de Salud Pública*, Perú, vol. 27, núm. 1, 2010, p. 114.

Congreso Indigenista Interamericano realizado en Pátzcuaro, donde se discutieron temas como desnutrición, salubridad, cuidado materno-infantil, patologías regionales y botánica farmacológica en los pueblos indígenas. De este cónclave resultó la recomendación de vincular más estrechamente las ciencias sociales con las disciplinas biológicas.¹⁸

La necesidad de entender las formas de atención a la salud, a la enfermedad, así como su recuperación, gestaron la disciplina. Para Ángel Martínez-Hernández,¹⁹ la antropología debe incorporar en su análisis estructuras a nivel micro, meso y macro, es así como el nivel de análisis se densifica y nos posiciona en una antropología crítica, donde las condiciones personales y familiares que corresponden al nivel micro, la interacción con instituciones sanitarias que son el nivel meso y la articulación con las políticas nacionales y mundiales en torno a alimentación y salud se corresponden con el nivel macro.

De este modo, la Antropología Médica Crítica (AMC) considera que el cuerpo y su relación con la salud y enfermedad tienen una construcción social y cultural, además de que está anclada en un espacio social, geográfico y político, lo que determina formas de interacción y relaciones de poder.²⁰

En México y, particularmente en los espacios donde se realizó la investigación, se ofrecen servicios de atención primaria a la salud que incluyen el monitoreo y seguimiento de la gestante hasta el puerperio.

¹⁸ Gonzalo Aguirre Beltrán, *Antropología Médica*, México, SEP / CIESAS, 1986, citado en Graciela Freyermuth, y Paola Sesia, “Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica”, en *Revista Desacatos*, México, vol. 20, abril de 2006, p. 11.

¹⁹ Ángel Martínez-Hernández, *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, *Anthropos*, 2011, p. 37-38.

²⁰ Sofía Da Costa Marques, Florencia Linardelli y Gabriela Maure, “La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión”, en *Primeras Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCUYO*, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, 25-26 de agosto del 2016, pp. 1-19.

Pero, como se ha señalado, aún con este seguimiento, las dependencias sanitarias no han logrado que la práctica de la lactancia exclusiva se instaure como el alimento idóneo para el infante. ¿Qué sucede? ¿qué falta para lograrlo?

Hay dos escenarios por comprender. El primero de ellos es que, en condiciones normales –sin pandemia– las mujeres gestantes acudían a los centros de salud para el control prenatal y debían recibir información sobre lactancia materna de conformidad con las normativas internacionales señaladas, además de la Norma Oficial Mexicana 007 sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

El conocimiento de las normas internacionales y nacionales –aunque no profundamente– lo tienen todos los profesionales de la salud, pero conocer la ley no es sinónimo de cumplimiento y pretender que un marco robusto conlleve su observancia es erróneo.

Es decir que, durante las consultas recibidas por las gestantes, el personal biomédico –médicas(os), enfermeras(os), trabajadoras(es) sociales, promotoras(es) de la salud–, además de monitorear la salud del binomio, prescribir vitaminas y medicamentos necesarios también brinda información respecto a la alimentación infantil lo que incluye la lactancia materna.

Ambos elementos, conocimiento de la ley y marcos normativos requieren articulación de instancias y dependencias para ser puestos en marcha, pero entre el dogma y la práctica existen situaciones que pueden complicarlo, por ejemplo, la falta de infraestructura o de medicamentos, poco personal en clínicas y hospitales, sobrecarga de trabajo, desinterés por los contextos que vive el usuario, entre otras. Dichos aspectos, en ocasiones obligan a los profesionales sanitarios a resolver de la mejor forma con los recursos que se tengan, aunque no siempre se obtengan los resultados esperados.

Durante la observación en campo, se pudo notar que la sobrecarga de trabajo al tiempo de poco personal frente a los centros de salud, brinda un servicio precarizado a las mujeres. Si bien, las y los médicos,

se apegan a las normativas nacionales para monitorear el embarazo, parto y puerperio lo que implica brindar información sobre los beneficios de la lactancia materna, es cierto que, sacando un promedio de las visitas y la información brindada, en menos de la mitad se oferta.

Aunado a ello, para cumplir con las exigencias sanitarias de atender al mayor número de pacientes por hora, los profesionales sanitarios limitan la profundización de temas o situaciones que viven las mujeres, quienes pueden desencadenar situaciones álgidas cuando nazca el bebé. Por ejemplo, si las mujeres que acuden a consulta no cuentan con un trabajo que las asegure ante alguna dependencia como el IMSS, que se traduce en licencias de maternidad, les resultará muy complicado dedicarse de tiempo completo a alimentar a la cría, pues tendrán la necesidad de salir a trabajar para cubrir las necesidades básicas.

Sin tener esta información, los profesionales no ofrecen información alternativa como la creación de bancos de leche en casa, situación que orilla a muchas mujeres para decidirse a combinar la leche humana con algún sucedáneo, optando por este último si deben salir a laborar y no tienen permitido estar con su menor, o reducir la jornada.

Observamos también que durante la etapa puerperal las mujeres –mayormente primerizas– presentan dudas o problemáticas en torno a cómo alimentar y criar al infante, pero si no reciben información, o no se sienten cómodas con los médicos de centros de salud, prefieren resolver sus dudas con familiares o conocidos y, ciertamente, es ahí donde la publicidad de las fórmulas lácteas gana y lidera muchos terrenos, cooptando a las mujeres.

Con el escenario habitual, las cifras muestran que la práctica de lactancia es baja pues actualmente 3 de cada 10 niños son amamantados y, por ello, en los nuevos objetivos de la ONU para el año 2030 se pretende lograr que al menos 7 de cada 10 sean alimentados al seno materno.²¹

²¹ ONU, “¡Hagamos que la lactancia materna y el trabajo funcionen!”, en *Revista Noticias ONU Mirada global, historias humanas*, s. l., 1 de agosto de 2023.

En el segundo escenario –con pandemia– los centros de salud tuvieron más número de pacientes que acudían en principio, para descartar el contagio de covid-19, pero también, se tuvo falta de personal por razones diversas, entre ellas que a grupos vulnerables (diabéticos, hipertensos, mayores de sesenta años, mujeres gestantes) se les confinó en casa para evitar contagios, o bien, por ser llamados a atender personas contagiadas en otros espacios biomédicos, lo que dejaba sin personal suficiente a los centros.

Es evidente que, la atención o control prenatal –en condiciones habituales– tiene por objetivo preparar y cuidar a las mujeres durante la etapa gestacional, el parto y puerperio, en los centros de atención primaria a la salud y en otros espacios médicos como centros comunitarios o los propios hospitales, no obstante, con la emergencia sanitaria a causa del SARS-CoV-2 o más comúnmente covid-19, las condiciones de atención se vieron altamente afectadas por una parte debido al alto número de contagios y por otra, a la falta de recursos humanos y materiales para la atención.

Esta consideración es fundamental pues el control prenatal tiene relación con la calidad en servicios y el acceso, los cuales presentan un déficit en países subdesarrollados como el nuestro, en donde la capacidad hospitalaria-sanitaria, la accesibilidad y las condiciones socioeconómicas impactan en la calidad de atención.²²

En este sentido, la calidad de la atención se relaciona con los tiempos de espera y con los insumos necesarios para la prestación de los servicios, además también se vincula con el trato que las mujeres reciben por parte del personal de salud al interior de las instituciones y con la capacidad de las y los profesionales para resolver de manera

²² Alethea Gabriela Candia Calderón y Sazcha-Marcelo, Olivera-Villarroel, “Índice de vulnerabilidad del sector salud en México: La infraestructura hospitalaria ante la covid-19”, en *Revista Horizonte Sanitario*, México, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto de 2021, pp. 217-224.

oportuna y correcta los problemas o complicaciones de salud, desde un punto de vista técnico-médico.²³

Es decir que, independiente a la pandemia vivida, el país presenta problemas de cobertura sanitaria, al tiempo de falta de recursos materiales, tecnológicos, económicos y humanos, así como desarticulación de las condiciones sociales y culturales que viven los pacientes y que también inciden en la forma en que son atendidos, lo que hace compleja la tarea de brindar servicios. Esto significa que, los centros de atención mostraron incapacidad para atender a las usuarias, por la falta de personal, llegada tardía de vacunas y desconocimiento de la enfermedad –principalmente– lo que se tradujo en miedo e incertidumbre para ellos y las usuarias.

El miedo, la incertidumbre y desconocimiento pusieron en marcha otros sistemas alternativos de atención a la salud que dieran soporte a los usuarios, por ejemplo, muchas mujeres decidieron recurrir a hierbas o tés para prevenir enfermedades o, incluso, curar algunos resfriados. Por supuesto que estas prácticas contravienen la hegemonía del sistema sanitario y es aquí donde la mirada antropológica tiene relevancia ya que, más que pretender erradicar las prácticas, podrían comprenderse e incluso trabajar de manera conjunta.

Además de esto, algunas otras mujeres prefirieron no acudir a espacios públicos de salud sino a servicios privados o bien farmacias adyacentes:

Los resultados descritos arriba sugieren que los CAF están sustituyendo o compitiendo exitosamente con la oferta pública de atención médica en el primer nivel de atención. [...] El aumento en la atención en servicios privados supone al menos dos potenciales problemas

²³ Susana Patria, Collado-Peña y Ángeles Sánchez-Bringas, “Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica; un estudio de caso”, en *Revista CONAMED*, México, 2012, pp. 25-36,

para el bienestar de la población, en particular de la más pobre: la calidad de sus servicios y el gasto de bolsillo.²⁴

Cualesquiera que sean los servicios a los cuales acuden las mujeres consideramos que, la recuperación de los entornos sociales y culturales son importantes para contextualizar cómo viven el proceso de embarazo, parto y puerperio y cómo abordan el tema de la lactancia.

El seguimiento que tiene la mujer estará anclado, con mayor fuerza en las creencias que tenga, pues creará confianza en alguno de estos sistemas. La claridad con la que asume su postura como mujer embarazada y las condiciones o riesgos que pueda tener o implicar el nacimiento, van de la mano con las condiciones culturales que darán la última palabra sobre qué decidir en esos momentos.

Finalmente, al realizar la investigación se pudo notar que, los espacios médicos mayormente se ciñen a cumplir con las normativas y dar las revisiones de rutina de las mujeres gestantes, así como monitorear el embarazo, parto y puerperio, pero en pocas ocasiones se hace un exhaustivo análisis sobre cuáles son las condiciones de vida de las mujeres y qué pretenden implementar cuando la cría nazca, es decir, alimentar de qué forma al mismo.

Es necesario indicar que nuestra postura ante la decisión de las madres en torno a la alimentación infantil no es de desaprobación si eligen fórmula láctea y de aprobación si eligen amamantar, por el contrario, pretendemos visibilizar que políticas y normativas sin un contacto real con la mujer no lograrán los resultados esperados, por lo que articular entonces una antropología médica crítica al tema alimentario y sanitario, podría convertirse en la bisagra ideal para atender esta problemática.

²⁴ María Arantxa Colchero, Rouselinne Gómez, José Luis Figueroa, Alejandra Rodríguez-Atristain y Sergio Bautista-Arredondo, "Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018", en *Revista Salud Pública*, México, vol. 62, núm. 6, noviembre-diciembre de 2020, pp. 851-858.

Conclusiones

La práctica de la lactancia humana se considera por la biomedicina como el alimento óptimo para lograr el efectivo desarrollo del menor al tiempo de disminuir su muerte. Este tema se ha posicionado centralmente en las políticas públicas en materia de sanidad y alimentación, a nivel global y nacional creando y promulgado normativas y lineamientos para su regulación y promoción.

Lo observado durante la investigación refleja que, poco se orienta a las mujeres respecto a la alimentación infantil, el profesional sanitario pone mayor énfasis en prevenir alguna afección que pueda terminar en desenlaces poco favorables e incluso fatales para el binomio y, en el último trimestre del embarazo, retoma el tema de lactancia para enfatizar que la práctica es lo mejor para el crío, pero no hay más información, consejos, técnicas o interacción respecto a ello.

La preocupación para el Estado mexicano es latente, pues la lactancia sigue en bajas cifras, pero consideramos que para comprender el fenómeno en su totalidad es necesario recurrir a otros espacios epistémicos como la antropología médica que no solo describe la salud, enfermedad o atención, sino que trata de dar cuenta de los fenómenos y circunstancias en torno al problema, brindar una mirada global del mismo.

La intención del texto es mostrar que la mirada crítica y reflexiva puede ser un camino por seguir, enfocando y coordinando esfuerzos para coadyuvar en la tarea del cuidado y crianza de las infancias, al tiempo de escuchar y acompañar a las mujeres madres.

Bibliohemerografía

- Aguirre, Alejandro, “La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI”, en *Papeles de Población*, México, 2009, pp. 75-99.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Antropología Médica*, México, SEP/CIESAS, 1986.
- Behm Rosas, Hugo, “Las determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia”, en *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, México, vol. 12, núm. 1, 2014, pp. 139-153.
- Bosemberg, Luis, “Las guerras mudniales: problemas y controversias en torno a los orígenes” en *Revista Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, Colombia, vol. 33, 2006, pp. 289-309.
- Buchrucker, Cristian, “Realidades y mitos en la construcción de la Guerra Fría”, en *Ciclos*, XXVII, 55, 2020, p. 43-64.
- Campos-Navarro, Roberto, “La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI”, en *Revista Médica de Salud Pública*, Perú, vol. 27, núm. 1, 2010, pp. 114-122.
- Candia Calderón, Alethea Gabriela y Olivera-Villaruel, Sazcha-Marcelo, “Índice de vulnerabilidad del sector salud en México: La infraestructura hospitalaria ante la covid-19”, en *Revista Horizonte Sanitario*, México, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto de 2021, pp. 217-224.
- CEPAL, “Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960”, en *CEPAL*, Santiago de Chile, 2011, pp. 1-309.
- Collado-Peña, Susana Patria y Ángeles Sánchez-Bringas, “Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica; un estudio de caso”, en *Revista CONAMED*, México, 2012, pp. 25-36.
- Da Costa Marques, Sofi, Florencia Linardelli y Gabriela Marue, “La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión”, en *Primeras Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias sociales de la UNCUYO*, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, 25 y 26 de agosto del 2016, pp. 1-19.

- Fleta Zaragoza, Jesús, “Bases historiográficas sobre la morbimortalidad infantil en los siglos XIX y XX, con especial referencia a Aragón”, en *Boletín Pediátrico*, España, vol. 36, 2006, pp. 10-16.
- Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola, “Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica”, en *Revista Desacatos*, México, vol. 20, abril 2006, pp. 9-28.
- Gómez-Alvarez, Purificación, “Fórmulas infantiles. Alimentación Adaptada”, en *Revista Farmacia Profesional*, México, vol. 16, núm, 8, 2002, pp. 72-79.
- González-Castell, Luz Dinorah, Mishel Unar-Munguía, Anabelle Bonvecchio-Arenas, Ivonne Ramírez-Silva y Ana Lilia Lozada-Tequeanes, “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México”, en *Revista Salud Pública de México*, México, vol. 65, suplemento 1, 2023.
- González de Cosío-Martínez, Teresita y Sonia Hernández-Cordero, *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*, México: Conacyt/ANMM, 2016.
- Jones, Andrew, *British Humanitarian NGOS and the disaster relief industry. 1942-1985*. Birmingham, The University of Birmingham, 2014.
- Martínez-Hernández, Ángel, *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos, 2011.
- Organización de las Naciones Unidas, “Carta de las Naciones Unidas”. <http://www.un.org/es/about-us/history-of-the-un> Historia de las Naciones Unidas | Naciones Unidas, s.f.
- Organización de las Naciones Unidas, “¡Hagamos que la lactancia materna y el trabajo funcionen!”, en *Noticias ONU. Mirada global, historias humanas*, s.l., 1 de agosto de 2023.
- Pérez-Escamilla, Rafael, Cecilia Tomori, Sonia Hernández-Cordero, Phillip Baker, Aluisio Barros, France Bégin, Donna Chapman, Laurence Grummer-Strawn; David McCoy, Purnima Meno, Augusto Ribeiro,

Ellen Piwoz, Nigel Rollings, César Victora, Linda Richter, “Breast-feeding: crucially important, but increasingly challenged in market-driven world”, en *The Lancet*, Reino Unido, vol. 401, 2023, pp. 472-485.

UNICEF, “Declaración de Innocenti del 2005. La alimentación de lactantes y niños pequeños”, en *Boletín UNICEF*, s.l., s.p. 2006.

----- *Manual de lactancia materna*, Quito, UNICEF, 2013.

----- “UNICEF Conmemora 70 años de trabajo incansable en favor de los niños más vulnerables del mundo”, en *Boletín UNICEF*, s.l., s.p., 2016.

Valcárcel, Amelia, *Ahora, Feminismo. Cuestiones candentes y frentes abiertos*, España, Editorial Cátedra, 2022, pp. 1-266.

WHO, “Metas mundiales de nutrición 2025, Documento Normativo sobre lactancia materna” en World Health Organization, Ginebra, Suiza, 30 diciembre de 2014.

Capítulo VIII

Itinerarios terapéuticos de personas con glaucoma

Rocío Santos Martínez

Introducción

Como ya han evidenciado otros autores,¹ las ciencias sociales y de la salud son dos áreas de conocimiento relacionadas de manera inexorable, dado que elementos como la distribución demográfica, los factores sociales, económicos y culturales se han vinculado históricamente con las condiciones de salud de personas y grupos sociales.²

En este sentido, los sujetos al momento de enfermar vivencian su padecimiento en determinados entornos sociales que condicionan la manera en que se enferman, atienden y mueren,³ por lo que el proceso de salud / enfermedad / atención es un fenómeno con connotaciones sociales que excede lo biológico.

Ante estas características, los aportes de las ciencias sociales son de suma relevancia para estudiar y comprender, con mayor profundidad, dichos procesos y las respuestas sociales que se suscitan durante estos.

¹ José Echeverri, “Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud”, en *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, (Colombia), vol. 2, núm. 4, 2010, pp. 47-55.

² *Idem.*

³ *Idem.*

En este aspecto, el concepto de itinerarios terapéuticos se circunscribe dentro de las mencionadas contribuciones sociales que permiten estudiar y reconocer el complejo fenómeno de salud y enfermedad.

Los itinerarios terapéuticos son instrumentos que permiten entender y analizar las múltiples prácticas y representaciones que se desarrollan en aras de retornar a un estado de salud, además, posibilitan desentrañar las valoraciones y las elecciones terapéuticas que las personas ejercen para sanar completamente o frenar el progreso de alguna enfermedad.⁴ Asimismo, se instituyen como un aporte de suma importancia para comprender de manera integral las rutas de atención y las acciones socioculturales, así como individuales que llevan a cabo los sujetos para confrontar algún padecimiento.⁵

¿Para qué sirve y cómo es el desarrollo de un itinerario terapéutico?

Los itinerarios terapéuticos, además de ser instrumentos, como se mencionó, son también una herramienta que posibilita mostrar los procesos de búsqueda y gestión de atención de la salud, además de exponer las múltiples formas de atención que coexisten y son utilizadas durante el proceso de atención a una enfermedad,⁶ por lo tanto su estudio co-

⁴ Rosa María Osorio. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS / INAH / INI, 2001.

⁵ Vivien Yew y Mohd Noor, "Anthropological inquiry of disease, illness and sickness", en *Journal of Social Sciences and Humanities*, (Punjab, Pakistan), vol. 9, núm. 2, 2014, pp.117-119. <https://core.ac.uk/download/pdf/33344837.pdf>. Para fines del presente capítulo, el término padecimiento hace alusión al proceso experiencial de enfermar y a las respuestas subjetivas que se conforman a partir de estas experiencias; en tanto que el concepto de enfermedad corresponde a la presencia de anomalías en la estructura o en el funcionamiento de órganos y tejidos.

⁶ Luz Tejada, Liseth Amell y Joel Monárrez, "Itinerarios terapéuticos de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama afiliadas al Seguro Popular de Salud, en San Luis Potosí, región centro de México", en *Cuadernos de Saúde Pública*, (Brasil), vol.

adyuva a otras áreas como la salud pública o la gestión de servicios de salud, ya que por medio de su análisis se pueden obtener pautas cultural y socialmente pertinentes para la planificación, organización y prestación de los servicios de salud.⁷

Para lograr reconstruir el itinerario terapéutico de alguna enfermedad, es relevante comprender que este comienza cuando la persona detecta y reconoce un conjunto de signos, síntomas, dolores o malestares propios que lo llevan a configurar su padecimiento.⁸

Una vez que se origina la detección y el diagnóstico de algún malestar, por parte del sujeto, la subsecuente serie de decisiones y procedimientos de elección, así como los recursos o estrategias para terminar, moderar o aceptar la enfermedad es a lo que se le denominará itinerario terapéutico. En relación con eso, cualquier padecimiento puede ser estudiado con esta perspectiva para comprender las rutas terapéuticas de control o resarcimiento que los individuos realizan ante una dolencia. En este mismo sentido y sin atisbo de duda, en numerosos casos los procesos de selección, elección y utilización de recursos terapéuticos, evidenciados en los itinerarios terapéuticos, dan cuenta del uso de diferentes saberes médicos y de la presencia de pluralismo médico en aras de cuidar la vida.⁹

31, núm. 1, 2015, pp. 60-70. <https://www.scielo.org/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00060.pdf>

⁷ Ana Vianna, Ángel Martínez, Eli Gurgel y Mariangela Leal, "Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil", en *Ciência & Saúde Coletiva*, (Brasil), vol. 16, núm. 11, 2011, pp. 4433-4442. <https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/>.

⁸ Juan García, *Manejo terapéutico de enfermos oculares: el tracoma en una localidad tseltal de Oxchuc, Chiapas*, San Cristobal de las Casas, Chiapas, México, CIESAS, Tesis de Maestría en Antropología Social, 2005.

⁹ Carlos Piñones, Nanette Liberona y Miguel Mansilla, "Itinerarios terapéuticos transfronterizos: hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza", en *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, (Chile), vol. 20, núm. 2, 2020, pp. 10-37. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&tftpid=S0719-09482020000200009.

Saberes médicos y pluralismo médico en los itinerarios terapéuticos

En el momento en que un sujeto o los grupos sociales enferman, la atención tiende a ser pluralista, ya que se buscan o usan diversos saberes y métodos curativos circunscritos en diferentes condiciones políticas, religiosas, económicas, étnicas, científicas y técnicas que operan en cada contexto.¹⁰ A esta diversidad de acciones enfocadas en la prevención, tratamiento o control de un padecer se le denomina pluralismo médico.

Para lograr identificar y describir las distintas formas de atención, además de las diversas estrategias terapéuticas que son utilizadas, se retoma la propuesta analítica y conceptual de Menéndez.¹¹ Desde esta perspectiva, los saberes médicos son entendidos como una construcción conceptual que categoriza a los curadores, así como a los conjuntos sociales implicados en el proceso de atención de una enfermedad, también posibilita abstraer la realidad del pluralismo médico a partir de la identificación de ciertos aspectos estructurales:

- Saberes médicos hegemónicos.

Relacionados con las formas de atención de tipo biomédico, en este ámbito podemos identificar a los médicos de primer, segundo y tercer nivel de atención de instituciones privadas o públicas, asimismo, también se reconocen áreas afines a la biomedicina como la psicología, la psicoterapia o la nutrición.¹²

¹⁰ Eduardo Menéndez, "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos", en *Revista de Antropología Social*, (España), vol. 14, 2005, pp. 33-69. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A>.

¹¹ *Idem*.

¹² Eduardo Menéndez, "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciência e Saúde Coletiva*, (Brasil), vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>.

- Saberes médicos alternativos

Conformado por las formas de atención conocidas como populares, tradicionales o alternativas como lo son los hueseros, brujos, curanderos, yerberos, parteras empíricas, la acupuntura, la medicina ayurvédica, los sanadores bioenergéticos, entre otros.¹³

- Saberes médicos con base en la autoatención

Es la forma de atención más común y frecuente entre los grupos sociales, además se considera el punto central de la articulación que existe entre todos los saberes. La autoatención es el conjunto de representaciones y prácticas que, tanto los sujetos como los grupos sociales, utilizan para llevar a cabo el control y la curación de los padecimientos. En estos procesos no existe la presencia de un curador profesional, así que la prescripción, el diagnóstico y el cese de la atención son relativamente autónomos.¹⁴

Relevancia de los itinerarios terapéuticos de enfermedades visuales. El caso del glaucoma

Con la finalidad de ilustrar cómo los procesos de salud / enfermedad / atención tienen implicaciones de tipo sociocultural, y no solo biológicas, se retoman los datos obtenidos durante una investigación doctoral, cuyo objetivo fue comprender la configuración de los itinerarios terapéuticos de personas con glaucoma,¹⁵ además de las interrelaciones entre los diferentes saberes médicos a partir de la experiencia del padecer.

¹³ Eduardo Menéndez, “Modelo hegemónico, subalterno y de autoatención, en Roberto Campos, *Antropología médica e interculturalidad*, México, Mac Graw Hill, 2016, pp. 177-185.

¹⁴ Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *op. cit.*

¹⁵ Academia Americana de Oftalmología, 2013, p. 1. Glaucoma es el término biomédico que permite identificar a un conjunto de enfermedades, que comparten como

La importancia de conformar y analizar los itinerarios terapéuticos de una enfermedad visual, como lo es el glaucoma, radica en que, de todos los mecanismos fisiológicos relacionados con la percepción de estímulos, la visión es el sentido más imperante desde el nacimiento hasta el envejecimiento. La capacidad de ver representa uno de los sentidos más esenciales para crecer y desarrollarse,¹⁶ por lo que la salud visual es un pilar fundamental para mantener la independencia y el bienestar de los individuos.

Pese a que diversas enfermedades visuales son reversibles, como los problemas de refracción y las cataratas, el glaucoma es una enfermedad irreversible que la mayoría de las veces carece de síntomas tempranos, por lo que la búsqueda de atención se suscita hasta la pérdida de la capacidad visual, provocando que la atención no sea oportuna y la detección se realice en etapas avanzadas de la enfermedad.¹⁷ Ante las características de la afección, surge el interés por dilucidar la manera en que se configura el padecer, se desarrolla la búsqueda de atención y, finalmente, se eligen determinadas terapéuticas.

Aproximaciones metodológicas

Lo expuesto en este capítulo es un estudio de caso sustraído de una investigación doctoral de mayor extensión. El estudio, al igual que la investigación principal, se elaboró a partir de la metodología cualitativa con un enfoque narrativo, cuya finalidad fue evidenciar la configuración

principal característica la pérdida de funcionalidad de las células nerviosas del nervio óptico, lo cual conlleva a la pérdida de la capacidad visual o ceguera.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la visión”, (Ginebra, Suiza), 2020. <https://iris.WHO.int/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf>.

¹⁷ Mary Bates, “En México, cerca de 1.5 millones de personas tienen glaucoma”, en *Dirección general de comunicación social* (México), 11 marzo 2020. https://www.dgcs.UNAM.mx/boletin/bdboletin/2020_221.html.

de los itinerarios terapéuticos y las interrelaciones entre los diferentes saberes médicos durante la experiencia de padecer glaucoma.

La aproximación metodológica presentada permitió obtener narrativas del padecer para comprender la experiencia vivida, las acciones individuales y las interacciones sociales que se desencadenaron desde la irrupción de la enfermedad y durante los procesos de atención, curación o contención. Además, desde esta perspectiva, fue posible ordenar y secuenciar los relatos con el propósito de describir y explicar los acontecimientos, así como las experiencias que involucraron el padecer glaucoma.

Por otra parte, también fue posible constatar el entrecruzamiento entre lo personal, lo social y lo relativo al proceso de salud / enfermedad / atención para detectar las estructuras socioculturales que se expresaron en el contexto del paciente, las cuales finalmente potenciaron o limitaron las acciones que ejerció.¹⁸

Para la recolección de los datos se utilizaron dos técnicas del método etnográfico: la entrevista semiestructurada que otorgó flexibilidad, ya que las preguntas se ajustaron al entrevistado, pero a su vez, también controló la temática de la entrevista y la observación participante, la cual permitió mantener contacto directo con el problema de estudio.¹⁹

El trabajo etnográfico se realizó durante septiembre del 2022 a mayo del 2023. En esta fase se efectuaron las entrevistas semiestructuradas, las cuales se desarrollaron en tres sesiones con una duración de dos horas cada una, mientras que la observación participante se implementó durante los acompañamientos en los momentos de atención médica del glaucoma. Para la construcción de datos narrativos,

¹⁸ Liz Hamui, “Entramado teórico-metodológico en la investigación de las narrativas del padecer”, en Hamui Liz y otros, *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, México, El Manual Moderno, 2019, pp. 2-35.

¹⁹ Karolina Lima, Avani Almeida, Carla Dos Santos, Cristina García, Patricia Ribeiro y Maria Mendes, “Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad”, en *Index de Enfermería*, (Granada, España), vol. 23, núm. 1, 2014, pp. 75-79. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S1132-12962014000100016.

las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas literalmente, en tanto que las notas de campo resultantes de las observaciones participantes fueron reescritas. Debido a que el abordaje metodológico tuvo como objeto de estudio al ser humano, los aspectos éticos fueron de vital importancia, por lo que la confidencialidad y la participación voluntaria constituyeron parte esencial de este estudio de caso.

Con base en lo anterior, la investigación principal se sometió ante el Comité de Ética del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud con código de aprobación PMDCMOS/CE5/2023 y al Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México, con código de aprobación FM/DI/122/2022.

En lo que respecta a la selección del colaborador que figura en este estudio de caso, así como de los otros colaboradores que pertenecen a la investigación principal, se llevó a cabo por un muestreo de conveniencia por facilidad de acceso y disponibilidad para participar. No obstante, el proceso fue orientado por un conjunto de criterios previamente establecidos.

Tabla 1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión	Exclusión	Eliminación
Hombres o mujeres de 18 a 60 años con conocimiento de su diagnóstico biomédico.	Personas con diagnóstico biomédico de glaucoma de ángulo abierto reciente (menor a un año).	Sujetos que se ausenten durante el proceso de investigación
Recibir atención médica oftalmológica en Ciudad de México o área metropolitana.		Sujetos que decidan ya no participar en el estudio.
Interés y posibilidad de participar.		

En específico, los parámetros de selección para este estudio de caso, se fundamentaron en las características críticas y reveladoras del relato,

las cuales evidencian, amplían o confirman el conocimiento y relevancia sobre los itinerarios terapéuticos.²⁰

Para analizar y explicar la narrativa que conforma este estudio de caso, se realizó un análisis de datos de primer nivel que consistió en codificar y categorizar la información con las categorías y subcategorías apriorísticas, así como con categorías emergentes que surgieron a partir de los datos del contexto. Esta primera etapa se llevó a cabo para ordenar y dotar de sentido a la narrativa y co-construir el itinerario terapéutico.

Posteriormente, se realizó un proceso de análisis de segundo nivel con la finalidad de interpretar los datos y construir explicaciones. Durante esta etapa se retomaron los aportes de Jackson y Mazzei²¹ para ensamblar teoría-datos-teoría mediante la elaboración de preguntas analíticas, las cuales amalgaman los datos y las teorías para producir nuevos conocimientos, en los cuales la investigadora fungió como internuncio entre la teoría y los colaboradores.²² Las preguntas que se conformaron como eje de análisis para este capítulo son las siguientes:

1. ¿De qué forma las relaciones de saber/poder que se entretienen en los saberes médicos construyen socioculturalmente el padecimiento del glaucoma en el colaborador?
2. ¿Qué tipo de saberes médicos fueron utilizados en el itinerario terapéutico?
3. ¿Qué elementos estructurales modelaron y controlaron el itinerario terapéutico?

²⁰ Gregorio Rodríguez, Javier Gil y Eduardo García, *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga, Ediciones Aljibe, 1996.

²¹ Alecia Jackson y Lisa Mazzei, *Thinking with theory in qualitative research*, New York, Routledge, 2012.

²² Liz Hamui y Tania Vives, "Las preguntas analíticas en investigación cualitativa", en *Investigación en Educación Médica*, (México, Facultad de Medicina, UNAM), vol. 11, núm. 41, 2022, pp. 97-102. <http://riem.facmed.UNAM.mx/index.php/riem/article/view/784/990>.

El itinerario terapéutico de una persona con glaucoma: búsqueda de atención y pluralismo médico.

Itinerario terapéutico de Fernando

Fernando²³ fue el colaborador más joven en participar durante el trabajo etnográfico, su historia se caracteriza por ser un proceso de resiliencia, ya que se ha enfocado en continuar siendo un sujeto independiente tanto física como económicamente. Si bien pasó por momentos emocionales y económicos difíciles durante los primeros momentos del padecimiento, ha encontrado la manera de continuar su vida profesional y personal.

Nació el 10 de febrero de 1993, por lo que en el momento de la primera entrevista tenía 29 años, nació y radicaba en Coyoacán, Ciudad de México, aunque vivió una temporada en Querétaro por asuntos de trabajo. Se desempeñaba como abogado especialista en asesoría fiscal y de derecho corporativo en su propio emprendimiento, ya que el inicio de sus malestares y la búsqueda de atención ocurrió en el 2020 durante el surgimiento de la pandemia de covid-19, lo cual provocó que varios ámbitos de su vida se modificaran, entre ellos lo laboral.

A continuación, se muestra gráficamente el itinerario terapéutico de Fernando, el cual se caracteriza por:

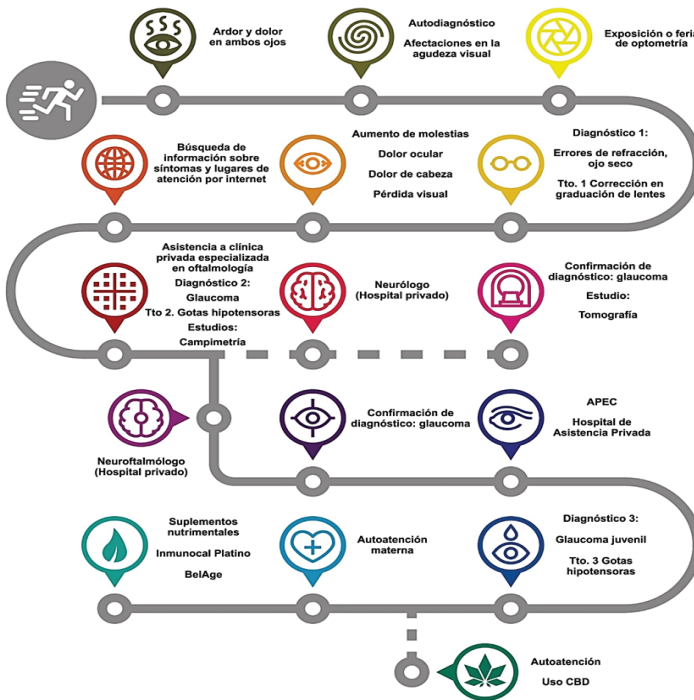
1. Aparición de malestares físicos relacionados con ardor y dolor en ambos ojos.
2. Asociación de los malestares con afectaciones en la agudeza visual; asistencia a servicios de optometría.
3. Persistencia y aumento en las molestias percibidas.

²³ Se modificó el nombre del participante / colaborador bajo un seudónimo, con la finalidad de salvaguardar la identidad y mantener la privacidad.

Itinerarios terapéuticos de personas con glaucoma

4. Ciclo de autoatención caracterizado por la búsqueda de información y lugares de atención, además de establecimiento de un autodiagnóstico.
5. Asistencia a servicios biomédicos oftalmológicos, obtención de tratamiento y diagnóstico.
6. Búsqueda y asistencia a otros servicios médicos de diferentes especialidades; confirmación de diagnóstico.
7. Atención y tratamiento definitivo en un hospital de Asistencia Privada especializado en oftalmología.
8. Uso de terapias alternativas mediadas por autoatención materna; cese y reemplazo de algunos medicamentos de la biomedicina.

Figura 1. Itinerario terapéutico de Fernando



Fuente: Trabajo de campo, 2022-2023.

Para que un itinerario terapéutico pueda desarrollarse, es indispensable que la persona perciba una sensación de necesidad de atención. Si bien en este escrito no se pretende desentramar la subjetividad del origen y la consiguiente corporeidad de esta sensación, si se pretende examinar desde qué saber médico se construye socioculturalmente el padecimiento, lo cual influye en la manera en que se percibe, piensa y actúa ante alguna anomalía en el cuerpo humano y determina, al menos en primera instancia, la interpretación de los signos / síntomas y las representaciones / prácticas que conformarán la búsqueda de atención.

En este aspecto, se retoman algunos aportes teóricos relacionados con conceptos de poder²⁴ y hegemonía²⁵ para evaluar desde qué saber médico se configura el padecimiento y se eligen determinadas rutas terapéuticas. Para la explicación de esta etapa, la pregunta analítica es: ¿De qué forma las relaciones de saber/poder que se entretajan en los saberes médicos construyen socioculturalmente el padecimiento del glaucoma en el colaborador?

El discurso establecido por la biomedicina, entendido no solo como el acto lingüístico, sino también como una práctica social que permite constituir sistemáticamente la realidad social y el objeto del cual se habla,²⁶ posibilita comprender que la construcción del glaucoma como un padecimiento, por parte del colaborador, se configura mediante el discurso biomédico y se concreta en un conjunto de saberes orientados por este discurso.

Las prácticas discursivas dominantes de la biomedicina orientaron la significación de las causas dentro de este saber y dirigieron el

²⁴ Michel Foucault, "El sujeto y el poder", en *Revista Mexicana de Sociología*, (México), vol. 3, núm. 20, julio-septiembre de 1988, pp. 3-20. <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/cdac/wp-content/uploads/sites/96/2020/03/T-FOUCAULT-El-sujeto-y-el-poder.pdf>.

²⁵ Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, Tres Cantos, Madrid, España, Siglo XXI de España, 2001.

²⁶ Michel Foucault, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI editores, 1979.

posterior diagnóstico, así como la búsqueda de tratamiento en el itinerario terapéutico de Fernando:

Yo ya usaba lentes, desde Querétaro me doy cuenta que algo sucede porque me ardían mucho los ojos y me dolían y tenía muy rojo acá abajo, todo rojo por dentro del párpado. Fui a una feria de optometría y ahí me dijeron que posiblemente era ojo seco.

Después me metí a buscar citas de oftalmología y me salió, en los anuncios de búsqueda, una clínica oftalmológica. Después ya busqué y vi que había una cercana a mi casa y ya también busqué y leí que tiene muy buenas referencias.

En el argumento expuesto, la percepción de signos y síntomas se reconocieron como parte de la sintomatología de alguna enfermedad enmarcada en los saberes médicos hegemónicos, lo cual incentivó a continuar con la búsqueda de atención y uso de recursos terapéuticos desde este saber:

En la clínica oftalmológica de Acoxta (avenida ubicada al sur de la Ciudad de México), ahí fue cuando me lo diagnosticaron, me hicieron una revisión en la cual me midieron la presión del ojo, me pidieron que comprara las gotas (Krytantek²⁷ y GAAP²⁸) para ponérmelas de urgencia; me mandaron hacer los estudios de campimetría, en esos ya te revisan el nervio, me los hice casi a los dos días después y enseguida busqué otras opiniones.

Fui con un neurólogo y él me hizo un estudio de la cabeza. Después fui con una neurooftalmóloga y con todos era la misma respuesta.

²⁷ Medicamento oftálmico en gotas indicado para personas con glaucoma. Su principal función es disminuir la producción de humor acuoso e incrementar el flujo de salida del mismo.

²⁸ Medicamento oftálmico en gotas prescrito para controlar la presión intraocular en personas con glaucoma.

Durante este itinerario, los procesos de salud / enfermedad / atención del glaucoma se encontraron en el dominio del saber biomédico, lo que conllevó a una posición de poder de la biomedicina ante otras formas de atención. Al menos en el padecimiento aquí analizado, la biomedicina dirigió las conductas de atención y estructuró el campo de acción del colaborador, pese a la existencia de un campo de posibilidades.²⁹

Aunque en las etapas iniciales del itinerario, el saber médico hegemónico tuvo mayor preponderancia y orientó la construcción del padecer, durante el transcurso del padecimiento se dio paso al uso de otros saberes médicos. Para comprender la presencia del pluralismo médico en este itinerario, la siguiente pregunta de análisis posibilita estudiar y examinar esta situación: ¿qué tipo de saberes médicos fueron utilizados en el itinerario terapéutico?

Una vez superada la etapa de reconocimiento de malestares y de toma de decisiones de elección terapéutica, además del establecimiento de un diagnóstico y tratamiento por parte de la biomedicina, la búsqueda y uso de otros recursos enmarcados en diferentes saberes comenzaron a tener mayor relevancia en el itinerario.

La naturaleza etiológica del glaucoma hace imposible que el padecimiento tenga resolución, no obstante, la moderación y aceptación del padecer desempeñan un papel importante en el proceso de salud / enfermedad / atención del glaucoma. En este sentido, la presencia de saberes alternativos y de autoatención, en el itinerario de Fernando, ejercen un papel relevante en la moderación del padecimiento, ya que fueron utilizados para solventar los efectos adversos y las desventajas que conlleva el uso de recursos terapéuticos del saber médico hegemónico, desde la perspectiva de Fernando.

Siempre me ha gustado hacer algo más y no quedarme con lo que dicen los doctores, entonces busqué tratamiento alternativo. Mi

²⁹ Michel Foucault, *La arqueología del saber*, op.cit.

mamá fue la que ayudó a buscar los suplementos o los tratamientos (porque ella ya los conocía), es que no son tratamientos como tal, son como suplementos para mitigar el tema de glaucoma. Probé uno de CBD,³⁰ pero ese lo busqué en internet y la neta es que no me sirvió nada.

Después probé Inmunocal platino,³¹ es muy bueno la verdad, sí es bueno, además te ayuda en el cuerpo porque trae muchas vitaminas. Cuando se me acabó el Immunocal, empecé con BelAge³² y ¡no! ¡Ese me sentó súper mejor! Cuando lo empecé a tomar se me desapareció el dolor de los ojos y me lo seguí tomando, hasta dejé de ocupar las gotas para ojo seco, ya no las ocupo.

Las gotas arden, las KrytanteK arden, o sea me las pongo y ya me están ardiendo. Es como cuando haces algo repetitivo y lo asocias con un sentimiento negativo, entonces es complejo ponerte las gotas y estar contento, con los suplementos ya no tengo nada de dolor.

En el testimonio anterior se puede corroborar que el uso de determinados recursos pertenecientes a los saberes alternativos fue mediado por la autoatención. La selección y elección de estos elementos permitieron, desde la perspectiva de Fernando, solucionar los malestares causados no solo por la enfermedad, sino también aquellos suscitados por la propia biomedicina debido a los efectos secundarios de algunos tratamientos. Asimismo, las representaciones de connotación negativa asociadas con los dolores y malestares corpóreos provocaron que la búsqueda, además de la elección terapéutica se diversificara y se incentivara la autonomía en la prescripción y uso de la terapéutica biomédica. Durante este proceso se pudieron reconocer tres sucesos de articulación y

³⁰ Sustancia química de la planta Cannabis Sativa.

³¹ Marca de un suplemento alimenticio.

³² Marca de un suplemento alimenticio.

transacción entre los saberes médicos, los cuales fundamentan y dotan de sentido al pluralismo médico:

1. En un primer momento, los recursos alternativos (suplementos alimenticios) fueron utilizados al mismo tiempo que los recursos biomédicos. Retomando los aportes de Laclau y Mouffe,³³ este proceso constató la existencia de relaciones hegemónicas caracterizadas por la presencia de sobredeterminación, en las cuales se utilizaron suplementos y gotas oftálmicas sin necesidad de que una u otra se reemplazaran.
2. Con el transcurso del tiempo y la sensación de mejoría, por parte de Fernando, surgieron relaciones hegemónicas de equivalencia, caracterizadas por el reemplazo de las gotas oftálmicas lubricantes por suplementos, dado que se percibió un mejor control del dolor y ardor ocular por parte de estos últimos.
3. La autoatención fungió como eje rector de este proceso de síntesis entre los diferentes saberes médicos. En primer lugar, la autoatención de Fernando enfocada en el uso, cambio y cese de determinados recursos terapéuticos, subsecuentemente, la autoatención de su microgrupo social orientada en la provisión de suplementos alimenticios.

Las premisas expuestas con anterioridad corroboran que diferentes formas de atención coexistieron durante la atención del glaucoma. Aunque el discurso biomédico fue de suma relevancia, los otros saberes también cumplieron una labor importante para la moderación del padecimiento, de acuerdo con lo percibido y expresado por Fernando. No obstante, es destacable mencionar, que cada acción y elección realizada durante el itinerario terapéutico se circunscribe en dispositivos culturales e

³³ Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, op.cit.

institucionales que regulan, potencian o limitan las posibilidades de atención de esta enfermedad.

Para explicar con mayor detalle la relevancia de los aspectos estructurales en la conformación del itinerario terapéutico, se retoma la siguiente pregunta analítica: ¿qué elementos estructurales modelaron y controlaron el itinerario terapéutico?

El itinerario terapéutico de Fernando estuvo condicionado por diversos factores externos, los cuales determinaron ciertas decisiones en el proceso de salud/enfermedad/atención y las elecciones terapéuticas. Para lograr contextualizar la situación, es importante mencionar que la aparición de signos y síntomas más agudos, desde la percepción de Fernando, ocurrieron en el 2020, temporada caracterizada por la aparición de covid-19 y la consecuente declaración de pandemia.

Esta situación conllevó a la pérdida de empleos formales, además del cierre temporal de algunos servicios médicos no relacionados con la atención de enfermedades respiratorias. En este contexto, Fernando perdió su empleo formal y la seguridad social que este conllevaba, la cual le podía dar un servicio de salud, prestación otorgada por la seguridad social³⁴ en México. Pese a la situación, sus redes de apoyo le permitieron mantener cierta estabilidad financiera, mientras que el acceso a información mediante tecnologías de la información facilitó la obtención de atención y de un diagnóstico.

Me sentía desorientado, me puse a buscar en internet, cuando puse en internet: ¿qué significa no ver de lado? O ¿qué significa dolor hacia adentro de los ojos y no ver de lado?, de inmediato me salió en la búsqueda glaucoma, lo fatal era eso. Después me metí a buscar citas de oftalmología, además me quedé sin trabajo con un diagnóstico de

³⁴ Cotoniato, 2020, pp. 741-742. Protección que se proporciona a los individuos mediante el acceso a la asistencia médica y seguridad de ingreso, las cuales son obtenidas a partir de la obtención de un empleo formal.

una discapacidad y en pandemia. Así de un día para otro se acabó el trabajo y todo.

Ese año tuve apoyo económico de mi papá y también vendí uno de los carros que tenía, sobreviví un año con eso, sobreviví a la pandemia.

Con el apoyo económico brindado por su red familiar, para Fernando fue posible tener atención sanitaria privada, sin embargo, el gasto constante en medicamentos y consultas médicas, además de la ausencia de un empleo formal motivaron que se buscara atención en otros sitios denominados Hospitales de Asistencia Privada,³⁵ en los cuales se realiza un pago por la prestación de servicio, pero es significativamente menor.

Decidí ir al APEC,³⁶ ahí la verdad creo la consulta me la cobraron en 50 pesos (mexicanos), algo así... la verdad no me acuerdo cuánto cobran la consulta, pero fue bastante económica.

En APEC me vuelven a revisar con la máquina que mide la presión y el nervio óptico, ven mis estudios (los realizados previamente) y me diagnostican con glaucoma juvenil avanzado y recomiendan no operarme.

Aunque el factor económico fue determinante en la elección de determinados servicios, también otros elementos emocionales y funcionales motivaron el uso y búsqueda de diferentes formas de atención, con la intención de resarcir el padecimiento que alteró su ámbito laboral, familiar y social.³⁷

³⁵ Entidades que prestan servicios de salud sin propósito de lucro y que otorgan actos de asistencia social sin asignar de manera individual a los sujetos de asistencia.

³⁶ APEC (Asociación para Evitar la Ceguera en México-Hospital de la Ceguera) es un hospital de asistencia privada especializado en brindar atención médica y quirúrgica oftalmológica, con sede principal en Ciudad de México.

³⁷ Marco Cardoso, Alejandro Zarco, Irma Aburto y Mario Rodríguez, "Padeciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas", en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, México, Facultad

Recuerdo que me comenzaba a pegar en los pies o en las espinillas, con las esquinas de los lugares o en la esquina de mi cama, por ejemplo, ya no alcanzaba a ver alguna mesa y me pegaba.

Además, estoy muy limitado, la enfermedad te limita hasta en las relaciones personales, por ejemplo, en una convivencia donde hay más de cuatro o cinco personas para mí es difícil ya convivir, porque no logras interactuar de la misma forma que interactuabas antes, no logras ver todo.

Esta situación caracterizada por malestares, dolencias e incomodidades, propiciaron el uso de otras formas de atención que le permitieron continuar con su vida cotidiana e independencia.

Sí, totalmente (me han ayudado los suplementos) porque ya no tengo dolor, los primeros seis meses no me tomaba nada, me diagnosticaron en marzo, como ocho meses, hasta octubre no tomé ningún suplemento. No tomé nada para que a mis ojos no les pasara nada, pero en esos ocho meses, aunque me ponía las gotas, me ardían los ojos o me seguían doliendo.

Ya con los suplementos en ningún momento del día me duelen los ojos y ya nunca me duelen los ojos, hasta dejé de ocupar las gotas para ojo seco.

El itinerario terapéutico de Fernando posibilita comprender que, durante el proceso de atención a un padecimiento, el pluralismo médico y la complementariedad terapéutica desempeñan un papel importante para la contención y moderación de enfermedades crónicas. Asimismo, las prácticas de salud aquí identificadas evidencian que cada una de estas fue determinada por aspectos estructurales y subjetivos: disponibilidad

de Medicina, UNAM, vol. 57, núm. 5, 2014, pp. 32-42. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n5/0026-1742-FACMED-57-05-00032.pdf>.

de servicios, capacidad económica y percepción de efectividad del tratamiento.

Más allá de la existencia de una efectividad comprobable en los recursos alternativos y de autoatención, lo que se pretende en este escrito es ilustrar como el uso y elección de estos recursos desempeña un papel relevante en la contención del padecimiento (*illness*) –y no de la enfermedad (*disease*)–, además de demostrar cómo estos sucesos también están determinados por elementos estructurales.

Reflexiones finales

Los itinerarios demuestran los elementos objetivos que limitan la atención adecuada del glaucoma (barreras financieras u organizacionales), pero también patentizan la subjetividad que envuelve a la enfermedad. El glaucoma es un proceso crónico que altera la vida cotidiana de los sujetos y en este aspecto se fundamenta de manera primordial el uso de otros saberes médicos. Por lo que una de las reflexiones finales de mejora en la atención del glaucoma consistiría en que el profesional biomédico reconozca las implicaciones subjetivas de la enfermedad y preste, en la medida de lo posible, apoyo y orientación congruente con la situación del padeciente.

En otro aspecto, los itinerarios también muestran componentes que pueden coadyuvar de manera directa a la gestión y organización de los servicios de salud, por ejemplo, se puede constatar mediante el estudio de caso presentado, que el acceso efectivo a servicios de salud oftalmológicos no está por completo garantizado, ya que aun cuando no se detectan problemáticas asociadas con disponibilidad de servicios, la información sobre la enfermedad y su diagnóstico se ven retrasadas.

En concreto, como propuesta de mejora a partir de la premisa mencionada, se expone la importancia de incentivar los servicios optométricos como parte fundamental de la atención primaria de salud, debido

a que se constituye un primer acercamiento a los servicios de salud, a través de la conversación franca y horizontal –entre personal y usuario– sobre las molestias y dolencias percibidas, así como fomentar el cribado de enfermedades visuales desde la optometría podrían anticipar problemáticas visuales más graves.

En suma, los itinerarios terapéuticos pueden ser utilizados y analizados desde diversas perspectivas, las cuales permiten obtener pautas y propuestas de mejora para la atención de determinadas enfermedades. Aunque en este capítulo no se exponen con profundidad las propuestas de mejora en la atención del glaucoma, los párrafos anteriores pretenden ejemplificar de forma somera, la posibilidad de propuestas que se pueden obtener a partir del uso de herramientas de las ciencias sociales, como lo son los itinerarios terapéuticos.

Bibliohemerografía

- Academia Americana de Oftalmología, “Introducción al glaucoma: terminología, epidemiología y genética”, en *Glaucoma*, Barcelona, España, 2013. <https://studylib.es/doc/8533938/introduccion-al-glaucoma--terminologia-epidemiologia-y-genetica>.
- Bates, Mary, “En México, cerca de 1.5 millones de personas tienen glaucoma”, en *Dirección general de comunicación social*, México, 11 marzo 2020. https://www.dgcs.UNAM.mx/boletin/bdboletin/2020_221.html.
- Cardoso, Marco, Alejandro Zarco, Irma Aburto y Mario Rodríguez, “Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, México, Facultad de Medicina, UNAM, vol. 57, núm. 5, 2014, pp. 32-42. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n5/0026-1742-FACMED-57-05-00032.pdf>.
- Cotonieto, Ernesto, “Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020)”, en

Journal of Negative and No Positive Results, España, vol. 5, núm. 7, 2020, pp. 740-762. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S2529-850X2020000700008.

- Echeverri, José, “Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud” en *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, Colombia, vol. 2, núm. 4, 2010, pp. 47-55.
- Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, México, Editorial Siglo XXI editores, 1979.
- “El sujeto y el poder”, en *Revista Mexicana de Sociología*, México, vol. 3, núm. 20, julio-septiembre de 1988, pp. 3-20. <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/cdac/wp-content/uploads/sites/96/2020/03/T-FOUCAULT-El-sujeto-y-el-poder.pdf>.
- García, Juan, *Manejo terapéutico de enfermos oculares: el tracoma en una localidad tseltal de Oxchuc, Chiapas*, Chiapas, San Cristobal de las Casas, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Tesis de Maestría en Antropología Social, Febrero, 2005.
- Hamui, Liz, “Entramado teórico-metodológico en la investigación de las narrativas del padecer”, en Hamui Liz y otros, *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, México, El Manual Moderno, 2019, pp. 2-35.
- y Vives Tania, “Las preguntas analíticas en investigación cualitativa”, en *Investigación en Educación Médica*, México, Facultad de Medicina, UNAM, vol. 11, núm. 41, 2022, pp. 97-102. <http://riem.facmed.UNAM.mx/index.php/riem/article/view/784/990>.
- Jackson, Alecia y Lisa Mazzei *Thinking with theory in qualitative research*, New York, Routledge, 2012.
- Laclau, Ernesto y Chantal Mouffe, *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, Madrid, Editorial Siglo XXI de España, 2001.
- Lima, Karolina, Avani Almeida, Carla Dos Santos, Cristina Garcia, Patricia Ribeiro y Maria Mendes, “Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad”,

- en *Index de Enfermería*, Granada, España, vol. 23, núm. 1, 2014, pp. 75-79. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100016.
- Menéndez, Eduardo. “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, en *Revista de Antropología Social*, España, vol. 14, 2005, pp. 33-69. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A>.
- “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência e Saúde Coletiva*, Brasil, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>.
- “Modelo hegemónico, subalterno y de autoatención, en Roberto Campos, *Antropología médica e interculturalidad*, México, Editorial Mac Graw Hill, 2016, pp. 177-185.
- Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la visión”, Ginebra, Suiza, 2020. <https://iris.WHO.int/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf>.
- Osorio, Rosa María, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS / INAH /INI, 2001.
- Piñones, Carlos, Nanette Liberona y Miguel Mansilla, “Itinerarios terapéuticos transfronterizos: Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza”, en *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, Chile, vol. 20, núm. 2, 2020, pp. 10-37. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-09482020000200009.
- Rodríguez, Gregorio, Javier Gil y Eduardo García, *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga, Ediciones Aljibe, 1996.
- Tejada, Luz, Liseth Amell y Joel Monárrez, “Itinerarios terapéuticos de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama afiliadas al Seguro Popular de Salud, en San Luis Potosí, región centro de México”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Brasil, vol. 31, núm. 1, 2015, pp. 60-70. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00060.pdf>.

- Vianna, Ana, Ángel Martínez, Eli Gurgel Eli y Mariangela Leal, “Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, vol. 16, núm. 11, 2011, pp. 4433-4442. <https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/>.
- Yew, Vivien and Noor Mohd, “Anthropological inquiry of disease, illness and sickness”, en *Journal of Social Sciences and Humanities*, Punjab, Pakistan, vol. 9, núm. 2, 2014, pp.116-124. <https://core.ac.uk/download/pdf/33344837.pdf>.

Capítulo IX

La construcción social de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)

Rebeca Cruz Santacruz

*A la memoria de mi maestro,
doctor Luis Alberto Vargas Guadarrama*

Introducción

Cuando se habla de la epidemia de sobrepeso (Sp) y obesidad (Ob) que vivimos en México, se observa cómo los expertos investigan, deliberan y actúan para buscar soluciones a esta realidad, pero en muy pocas ocasiones se explica cómo llegamos a ella y, mucho menos, señalan que a pesar de las acciones realizadas por décadas, la epidemia se incrementa año con año, como lo mencionan Lazcano Ponce y Shamah Levy al analizar algunos resultados de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2022, donde reportan un crecimiento sostenido en todos los grupos de población, a partir de los cinco años de edad, y un aumento de 21.4% en la prevalencia de obesidad en el periodo de 2006 a 2022.¹ Diez años antes, José Narro, en 2012, en el prólogo al texto *La obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado*, señalaba:

¹ Eduardo C. Lazcano Ponce y Teresa Shamah Levy, “La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la Ensanut 2022”, Instituto Nacional de Salud Pública, 28 de julio de 2023. <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022>

Conocemos mucho sobre la enfermedad y no obstante su frecuencia aumenta cada año, además de que muchas de las muertes que origina se podrían evitar o al menos retardar. Todavía más, se tiene conciencia de la gravedad que conlleva, pero es poco lo que se hace en la práctica para combatirla.²

Estas afirmaciones son delicadas, pues sugieren que el Estado mexicano y las instituciones de salud “hacen como que hacen algo”, pero que en realidad no hacen lo debido para combatirla y quizá esto sea una parte de lo que ha venido sucediendo, sin embargo, no podríamos afirmarlo si no echamos un vistazo a la manera en que se construyó socialmente la epidemia y a la complejidad que la rodea. Este trabajo tiene como base la pregunta ¿cómo –y cuándo– apareció en México la epidemia de Sp y Ob? y ¿cuáles fueron los factores y/o procesos que acompañaron esta emergencia? Sostengo que al responder estas preguntas podríamos identificar si las acciones emprendidas por los gobiernos son apropiadas para resolver este problema de salud pública, o bien, si únicamente son posturas políticas –discursivas– y, en los hechos, se mantienen las condiciones que impiden revertirlo. En este texto mostraré algunos resultados obtenidos al buscar las respuestas a mis interrogantes durante mi formación doctoral.

Abordaje del problema

Uno de los aspectos que han impedido elaborar una explicación que dé cuenta de la complejidad de la epidemia de Sp y Ob en México, radica en los enfoques empleados. La mayoría de las investigaciones se efectúan en campos unidisciplinarios, mediante estudios sincrónicos que

² Juan Ángel Rivera Dommarco, *et al.* (editores), *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. México, UNAM, 2012, p. 7.

analizan en forma fragmentada y parcial las características de los problemas de salud, cuando estos son resultado de un amplio conjunto de acontecimientos que le dieron forma a los imaginarios sociales, la cultura y la vida cotidiana de personas que habitaron épocas pasadas; por tanto, pierden de vista los contextos que configuraron los acontecimientos donde emergieron lo que hoy consideramos “problemas” de salud pública. Por ejemplo, si echamos un vistazo a las publicaciones de Internet, encontramos que, en el caso de la medicina, las investigaciones suelen enfocarse en dos grandes campos de investigación: la salud pública y la clínica. En el caso de la *clínica*, las indagaciones apuntan generalmente hacia aspectos relacionados con la fisiopatología de la Ob, los parámetros y técnicas para su diagnóstico, los tratamientos, las consecuencias o complicaciones de la enfermedad y estudios de casos clínicos, entre otros; mientras que la *salud pública*, aborda estudios de corte epidemiológico; la incidencia de la enfermedad en diferentes tipos de población, las relaciones causales entre ambiente y enfermedad, los factores de riesgo asociados, las tasas por localidad, región, estado y nacionales, así como las estrategias de prevención, y otras semejantes.³

Por su parte, la psicología se ha enfocado generalmente en el estudio de la Ob infantil y adolescente desde el punto de vista de un trastorno alimentario vinculados con situaciones psicológicas. Algunos de sus principales temas son: aspectos y alteraciones psicológicas, eficacia de los tratamientos e intervenciones enfatizando los atributos psicológicos, maltrato escolar (acoso, *bullying*) o familiar, imagen corporal, representaciones sociales, depresión, estrategias de terapia cognitivo-conductual, conductas impulsivas, por mencionar algunos.

³ O. Amancio Chassin, J.L. Ortigoza Ramírez e I. Durante Montiel Obesidad. *El ejercicio actual de la medicina*. Seminario, Facultad de Medicina UNAM. 2007. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html. (Consultado el 20 de mayo de 2023). Los énfasis que aparecen en negritas, a lo largo del texto, son míos.

La sociología, por su parte, tiene un acercamiento menos profuso al tema, en comparación con las dos disciplinas mencionadas y sus enfoques atienden a temas como: el desarrollo de propuestas teóricas para analizar la Ob ofreciendo contextos macrosociales (económicos, políticos, demográficos y epidemiológicos) y pone de relieve la estigmatización que viven las personas que viven con Ob, sus creencias, actitudes, mentalidades, constructos, representaciones sociales y experiencias individuales y colectivas; las desigualdades sociales (género, edad, raza, etcétera) asociadas con la enfermedad, así como el impacto de los medios masivos de comunicación y las tecnologías de información en la producción de Ob en las sociedades actuales.

Finalmente, la antropología se ha acercado al problema principalmente desde cuatro vertientes: la antropología física, la antropología social y cultural, la antropología de la alimentación y la antropología médica o de la salud. En el caso de la *antropología física*, los estudios emplean, sobre todo, pero no exclusivamente, técnicas cuantitativas y se acercan a los de la epidemiología del riesgo, la relación entre hábitos alimentarios, actividad física, esquemas nutricionales y características antropométricas (parentales y de población infantil) relacionadas con el exceso de peso. Por su parte, la *antropología social y cultural*, incluye estudios tanto de desarrollo teórico de propuestas para el análisis antropológico del proceso alimentario, como estudios cualitativos de corte etnográfico de diversa índole: las significaciones y representaciones de la gordura en distintas épocas y culturas, los cambios en los hábitos de alimentación, así como estudios de caso que dan cuenta de la diversidad de creencias, hábitos, patrones alimentarios en diversos grupos etarios, así como de cultura alimentaria, por mencionar algunos. La *antropología de la alimentación*, como bien señala Arnaiz,⁴ se ha

⁴ Mabel Gracia Arnaiz, "Antropología de la alimentación", en J. Prat J. y A. Martínez A. (editores), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. España, Ariel Antropología, 1996, pp. 382-393.

enfocado en responder preguntas relacionadas a desarrollar aspectos teóricos y conceptuales para abordar la relación entre alimentación, cultura y Ob, así como sobre los usos y significados de la comida y su relación con la Ob, sin embargo, uno de los mayores esfuerzos se dedica a introducir en los discursos científicos la visión antropológica para el estudio de este tema de alcance mundial con conclusiones interesantes sobre la necesidad de realizar acercamientos multi o pluridisciplinarios que incluyan también, además de la antropología, a la nutriología, la gastronomía, la psicología y otras disciplinas sociales y humanísticas.

Finalmente, la *antropología médica o de la salud*, se ha enfocado en el estudio de las situaciones sociales que enfrentan las personas que viven con Ob y sus familias, sobre todo en el caso de los infantes y adolescentes, así como también de los integrantes de los equipos de salud que los atienden; igualmente se indaga sobre representaciones sociales y percepciones acerca de la enfermedad en diferentes grupos sociales, estrategias de consumo, educación y salud, estilos de vida relacionados con personas que viven con Sp y Ob, entre otros temas. Con frecuencia, el objetivo se dirige a hacer propuestas preventivas o de atención y cuidados a esta población.

Ante este panorama, resulta imprescindible un abordaje más amplio, histórico y de largo plazo donde se incluyan, de manera entrelazada, algunos elementos de las tendencias económicas, político-ideológicas, socioculturales y de la vida cotidiana de las personas que vivieron en México, entre 1900 y 1980, para visualizar como fueron construyéndose los entornos que en un momento determinado –que ubico a fines de la década de 1970–⁵ emergiera la epidemia de Sp y Ob, como fruto del entrelazamiento de dichos elementos. Cabe señalar que la epidemia no fue detectada en ese momento –los años setenta– y pareciera que tampoco fue así durante muchos años, pues a pesar de que en 1997 la Organización

⁵ Para mayor detalle consultar: Rebeca Cruz Santacruz. *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)*. México, UNAM, Tesis de doctorado, 2022.

Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la Ob como epidemia mundial, en México se declaró como “alerta epidemiológica” hasta 2016, es decir, casi 20 años después que la OMS lo hiciera y “solo” cuarenta y seis años después de que apareció en las tablas de morbilidad la evidencia de que algo “andaba mal” en este rubro. Lamentablemente, esta alerta se dio cuando ya no se podía dar marcha atrás tan fácilmente y el daño estaba hecho.

Vienen a la mente entonces algunas preguntas: ¿en qué momento la Ob ya estaba presente entre la población? ¿por qué los gobiernos, las instituciones de salud y los estudiosos del campo médico no se percataron de ella y del problema que representaba? ¿Acaso la epidemia surgió de un día para otro y los tomó desprevenidos? O quizá existen razones económicas, políticas e ideológicas, no dichas, para que este problema se dejara de ver, o si se veía, se dejara de lado..., vayamos a ver algunas respuestas a estas interrogantes.

Los contextos y los acontecimientos

Como he señalado, para comprender mejor la situación actual de la epidemia de Sp y Ob se requiere elaborar explicaciones que incluyan la complejidad presente en la relación de diversos ámbitos de la vida sociocultural y cotidiana, es decir, vincular aspectos macrosociales con los microsociales. Para este propósito, elegí elementos demográficos, económicos, políticos, sociales, culturales, así como diversos procesos y acontecimientos –derivados de los anteriores–, los cuales impactaron la vida cotidiana de las personas de cada época. Es pertinente decir que estos elementos adquirieron diferentes pesos específicos en cada momento histórico, por lo que los contextos creados tuvieron características que facilitaron o inhibieron el rumbo de los acontecimientos que originaron la epidemia. El lapso elegido se delimitó entre 1900 y 1980, el cual dividí en dos *transiciones socioculturales* que fueron acompañadas por *mecanismos ideológicos* (fundamentados en el racismo y la eugenesia) y

político-económicos (que impulsaron la economía industrial y fomentaron el consumo de alimentos procesados, ajenos a la dieta mexicana). La primera transición sociocultural abarcó de 1900 a 1940, y la segunda de 1941 a 1980. Como parte constitutiva y resultado de estas *transiciones socioculturales* se efectuó también una transición alimentaria que se observó en dos fases, que se corresponden con las transiciones ya señaladas.

En la primera, se enfatizó en dejar atrás alimentos considerados para “indios”, “atrasados”, “incivilizados” y “pobres”, como el maíz, el frijol y la manteca de cerdo, además de otros como los quelites, los insectos y bebidas como el pulque que “embrutecían” a la población. Estos alimentos se denigraron –incluso usando bases “científicas”– y se hicieron campañas educativas encaminadas a que la gente modificara sus hábitos alimentarios.

En la segunda fase, el acento se puso en *sustituir* deliberada y abiertamente los alimentos desprestigiados, por el consumo de otros, procesados por la industria y que pretendían copiar la dieta estadounidense: leche, pan blanco (Bimbo), galletas, azúcar, aceites vegetales y postres. En este proceso de sustitución alimentaria jugaron un papel decisivo las políticas gubernamentales, las instituciones de salud y los profesionistas médicos de la época.

Primera transición sociocultural (1900–1940)

Las transiciones socioculturales tuvieron diferentes ejes de articulación. En la primera transición sociocultural, el eje articulador fue político-ideológico y permitió sentar las bases físico-materiales, políticas y de identidad nacional con el objetivo de mantener la dinámica del proceso económico capitalista que se venía forjando desde el siglo XIX. El discurso político se centraba en la idea de construir un estado nacional, dejar atrás “la incivilidad” y entrar en “la modernidad”, representada por Europa, pero, sobre todo, por los Estados Unidos de América. Para

lograrlo se requería convertir a la población rural en población urbana; era prioritario construir caminos, introducir agua potable, electricidad, pavimentación, drenaje y viviendas de ladrillo y cemento; construir una infraestructura energética que sustentara estos cambios (petróleo y sus derivados, electricidad); educar a la población –en la lengua nacional y los “buenos modales”– y buscar la salud de quienes se incorporarían al proceso económico modernizador, mediante políticas de higiene de la vivienda y de la persona, campañas contra el alcoholismo, la prostitución y la mendicidad, así como de la mejora de la alimentación.

Las políticas de Estado tuvieron como base las teorías del liberalismo social y el liberalismo económico, así como las ideas eugenésicas y de higiene social vigentes por esos años en todo el mundo; las cuales permearon todas las instituciones posrevolucionarias, de tal manera que poco a poco se “filtraron” en las mentes de los mexicanos, colonizando el imaginario social.⁶

Como parte de la visión ideológica señalada, la época desarrolló dos vertientes aparentemente contradictorias en relación con el proceso modernizador. Por un lado, se atacó ferozmente a la sociedad tradicional, representada por nuestro pasado indígena y las formas culturales de la vida rural; se atacaron las formas “primitivas” de comer en el suelo, así como los alimentos que se consumían (tortillas de maíz con chile y frijoles); los profesores de educación primaria enseñaban a comer con cubiertos en lugar de usar tortillas, a levantar del piso el fogón y a utilizar braceros;⁷ se creó una imagen que denostaba a los indígenas

⁶ Para Castoriadis, un imaginario social es una construcción sociohistórica que abarca el conjunto de instituciones, normas y símbolos que comparte un determinado grupo social y, que, pese a su carácter imaginario, opera en la realidad ofreciendo tanto oportunidades como restricciones para el accionar de los sujetos. De tal manera, un imaginario no se considera en términos de su verdad o falsedad, sino que instaura por sí mismo una realidad que tiene consecuencias prácticas para la vida cotidiana de las personas. Citado en Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad (1900-1980) op. cit.*, p. 132.

⁷ Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad (1900-1980), op. cit.*, p. 137.

por ser físicamente débiles, estar malnutridos y ser “viciosos”, “flojos”, “degenerados” o con “taras” mentales; se exacerbó un pensamiento racista que condenó todo aquello que no pareciera “europeo” o “estadounidense”, es decir, que no fuera “blanco”. En este sentido, Urías nos dice:

En el marco general de estos planteamientos, tanto el indigenismo como la eugenesia y la higiene mental aparecieron como elementos clave para lograr el cambio colectivo e individual de los habitantes del país. Diversos artículos publicados en *Futuro* establecieron una relación directa entre la formación de una nueva sociedad regida por el cooperativismo e integrada por jóvenes, y el mejoramiento racial de la población a través de medidas inspiradas en la eugenesia. Estas medidas fueron relacionadas tanto con la aplicación de controles a la vida sexual y reproductiva de la ciudadanía, como con la puesta en marcha de políticas migratorias que favorecerían cierto tipo de mestizaje. Moisés Poblete Troncoso argumentaba, por ejemplo, que había que poner un “atajo a la degeneración de la raza” y evitar el nacimiento de individuos degenerados “incapaces de llenar sus deberes sociales”; incluía dentro de esta última categoría a los alcohólicos, los sifilíticos, los tuberculosos, los epilépticos, los locos y criminales. Como muchos de sus contemporáneos, consideró que esta propuesta tenía dos vertientes: la relacionada con la eliminación de los indeseables; y la llamada homicultura, con la conservación y el perfeccionamiento de los elementos sanos.⁸

Es decir, se buscaba abiertamente “mejorar la raza” y para ello, el proyecto educativo de José Vasconcelos,⁹ buscó construir una nación mestiza (con “lo mejor” de las dos “razas”: la indígena y la europea y/o

⁸ Beatriz Urías Horcasitas, *Historias secretas del racismo en México 1920-1950*, México, Tusquets, 2007, p. 32.

⁹ Secretario de Educación Pública de 1921 a 1924.

estadounidense), que fuera física y mentalmente sana y que económica y socialmente aspirara a pertenecer a la clase media o, en su defecto, al proletariado, pero definitivamente no, al campesinado. En este proceso ideológico político participaron ampliamente antropólogos indigenistas, médicos salubristas y psiquiatras que coincidían con las ideas eugenésicas de la época. Como se ha dicho, las políticas sanitarias se encaminaron a modificar las características raciales de la población mediante propuestas como el saneamiento ambiental; la higiene corporal y de las viviendas; el cambio alimentario enfocado a dejar de lado los “alimentos de pobre” y dar a cambio alimentos que “fortalecieran” y dieran energía a la población como la leche, el pan de trigo y el azúcar; el control de las enfermedades venéreas y, finalmente, la educación de toda la población mediante la alfabetización en el idioma nacional y el rechazo de las lenguas originarias, y así, construir una identidad nacional y ciudadanos mexicanos. Fue la época (1922) de la creación de las Escuelas Normales Rurales y de la formación de enfermeras visitadoras que se encargaron de apoyar a los médicos para llevar a cabo esta “visión” transformadora.¹⁰

La otra vertiente de la política de Estado ensalzó los rasgos mestizos que se buscaba propagar en la población como parte de la identidad nacional, para lo cual, entre otras cosas, se organizó un concurso de belleza denominado “India Bonita”, con el apoyo del periódico *El Universal*, donde participó como juez principal el fundador de la antropología y el “indigenismo científico” en México, don Manuel Gamio. Los atributos físicos valorados incluyeron, además del color de piel, aspectos como el cabello largo, negro y espeso; asociado a comportamientos femeninos idealizados en la época, como la sumisión, la maternidad, la inocencia, la pureza, etcétera, los cuales contrastaban fuertemente con la imagen que proyectaban las mujeres de clase alta, estudiantes y jóvenes artistas

¹⁰ Para abundar en el tema, recomiendo ampliamente el artículo de Sandra Aguilar Rodríguez, “Raza y alimentación en el México del siglo XX”, (México), *Interdisciplina*, 7, núm. 19, septiembre-diciembre de 2019, pp. 119-138.

o intelectuales de la época, dispuestas a incorporar elementos de la moda que traía el nuevo siglo, como el cabello corto y la vestimenta suelta, que no resaltaba la cintura y se atrevía a mostrar las piernas hasta la altura de las rodillas.¹¹

Como puede apreciarse, se realizó un proceso de *reeducación de las mentalidades* que acompañó al conjunto de cambios económicos que iniciaron al finalizar la Revolución Mexicana, donde los campesinos volvieron a perder de nueva cuenta sus tierras. Esto propició un proceso migratorio del campo a las ciudades, donde la población sin tierra buscaría maneras de sobrevivir, generalmente al ocuparse en las nacientes industrias y manufactureras. Lo anterior redundó, a su vez, en la aceleración del crecimiento urbano y poblacional.

Los cambios económicos implicaron *cambios políticos* que forjaron la identidad nacional, formas democráticas de gobierno y la construcción de ciudadanos-consumidores con base en las doctrinas del liberalismo social y económico. Los *cambios demográficos* señalados transformaron nuestras sociedades rurales (indias, pobres, atrasadas) en urbanas (mestizas, clasemedieras y modernas), lo que a su vez impulsó *cambios sociales*, de los cuales el ingreso de las mujeres al gran mercado laboral fue uno de los más destacados –resultado de los cambios demográficos que trajo el movimiento revolucionario de 1910 y por supuesto, del movimiento feminista de la época– el cual provocó, además de la posibilidad de que las mujeres comenzaran a gozar de una relativa independencia económica, su gradual ingreso al mercado de bienes de consumo dirigido a ellas: electrodomésticos, ropa, calzado, accesorios, maquillaje, etcétera.

¹¹ Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad (1900-1980)*, op. cit., pp. 147-148. No es casualidad que el énfasis se haya puesto en las mujeres, pues se consideraba, al igual que ahora, que era en ellas donde recaía la función de la educación de los futuros mexicanos y, por tanto, transformar sus aspiraciones permitiría realizar los cambios señalados.

Los electrodomésticos, principalmente el refrigerador y la estufa, así como los primeros alimentos procesados (leche, latas, embutidos, pan de caja, aceites vegetales, galletas, etc.) aportaron lo suyo a la modificación sustancial de la vida cotidiana en el hogar y tuvieron un doble impacto: por un lado, facilitaron la mencionada incorporación de las mujeres en la vida laboral y política –donde se luchaba para arrancar a la sociedad de la época los derechos que les eran negados–; y por otro lado, *permitieron ampliar el consumo*, lo que fortaleció al sistema de producción capitalista que requiere siempre de nuevos consumidores para ampliar el mercado, movilizar las mercancías y obtener más ganancias; es decir, a mayor *productividad*, se requiere también mayor *consumatividad*.¹²

Segunda transición sociocultural (1941-1980)

Durante la segunda transición sociocultural, el eje articulador fue económico-cultural, el cual se consolidó sobre las bases de la primera transición; sin embargo, en este periodo el impacto mayor en el imaginario social se debió a la aparición y difusión de la televisión y el cine, espacios de ocio donde abundaban los mensajes publicitarios y mercadotécnicos, los cuales, junto con la radio y el auge de los medios

¹² Jean Baudrillard (1976) realiza un análisis sobre el consumo, argumentando su propuesta de que las necesidades humanas no existen, sino que son producidas por el propio sistema económico capitalista como una forma de presión para que los individuos consuman. Igualmente, expresa que, las ideas que circulan culturalmente que nos hablan de capacidad de elección y de libertad, son construcciones ideológicas que también se dirigen a incrementar el consumo. En este sentido, de la misma manera que el concepto central del sistema económico capitalista no es, “estrictamente hablando, el de producción, sino el de productividad [...] tampoco habría que hablar de consumo, sino de consumatividad”. Es decir, así como la productividad refiere la relación entre la cantidad de bienes y servicios obtenidos y los recursos empleados para su producción, la consumatividad se referiría a la cantidad de bienes y servicios consumidos por cada individuo en un contexto cultural que también configura el sistema de fuerzas productivas. Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad (1900-1980)*, op. cit., p. 172.

escritos –periódicos y revistas–, colonizaron rápidamente las mentalidades de los mexicanos mediante el uso de imágenes y personajes que mostraban las bondades de múltiples productos, así como de estilos de vida acordes con el modo de consumo estadounidense.¹³ Estas formas ideológicas, incluían también un cambio sutil: ya no se referían a la importancia de entrar en la *modernidad*, sino de alcanzar la *felicidad* y el *estatus social* que proporcionaba la adquisición de bienes y servicios, así como el modo de vida estadounidense o *american way of life*.

El desarrollo económico sostenido o “desarrollo estabilizador” de los años cincuenta, favoreció el incremento de los ingresos en los hogares mexicanos de clase media y con ello la posibilidad de aspirar a una nueva forma de vivir que traería satisfacciones. Estas satisfacciones –que estaban en la base de la “felicidad”– las brindaba, por ejemplo, la posibilidad de comprar un automóvil para no desplazarse como la gente común, a pie o en transporte público; o bien comprar una casa en una zona “bonita”; o incluso, acceder a productos alimentarios como los embutidos, la mayonesa, la salsa cátsup, los refrescos, las bebidas alcohólicas “sofisticadas” y a “platicos” como los sándwiches, las hamburguesas, los hot dogs, las malteadas, los *ice cream*, etcétera, que podían obtenerse en diferentes restaurantes y establecimientos que aparecieron a fines de los años cincuenta en algunas de las grandes ciudades del país, crecieron durante los sesenta y setenta, pero se popularizaron hasta los años ochenta.

De esta forma, un elemento que, posteriormente, significaría un cambio radical en la alimentación de la población mexicana fue el

¹³ La televisión llegó a México en 1939, sin embargo, no alcanzó su popularidad hasta fines de los sesenta y la década de los setenta, cuando fue accesible a una gran cantidad de población de clase media y baja. Por su lado, el cine estuvo presente en México desde los años veinte, sin embargo, el uso de la publicidad a través de la pantalla grande se inició en la época de la Segunda Guerra Mundial. Zazueca, (citado en Cruz-Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad (1900-1980)*, op. cit., p. 249), dice: “Las películas exhibían el confort y los estilos de vida disponibles para la población urbana, desde los neumáticos *Goodyear* hasta la *Coca-Cola*, los cuales también se podían trasplantar a locaciones rurales”.

crecimiento de los restaurantes en el país, pues aunque en un inicio muchos de ellos eran lugares lujosos que ofrecían comida *gourmet* y, por tanto, comer en ellos se convirtió en un *signo de prestigio*; con el paso del tiempo, esta práctica de comer fuera de casa, pasó de ser exclusiva de la gente que tenía la capacidad económica suficiente para hacerlo, a convertirse en una práctica social que supeditó las decisiones alimentarias a lo que las cadenas de restaurantes y la industria alimentaria ofrecieron como una manera “efectiva” de *ahorrar tiempo* en la preparación de los alimentos. Esta situación alcanzó un momento de auge en los años ochenta con el ingreso y rápida dispersión de los establecimientos de comida rápida o *fast food*.

Con todos estos “satisfactores” al alcance de la creciente clase media mexicana, aunado al crecimiento desmedido del espacio citadino que dejaba las viviendas en una zona de la ciudad y los lugares de trabajo en otras –con frecuencia muy lejanas–, comenzaron a modificarse otras prácticas en los estilos de vida que en su momento se vieron como “mejoras” o signos de que la pobreza estaba quedando atrás. Entre los cambios más sobresalientes estuvo el de *dejar de caminar* que implicó dejar de desplazarse con la energía endógena, corporal y sustituir esta práctica con la de usar vehículos automotores; es decir, usando energía exógena proveniente de derivados del petróleo (gasolina, diesel), lo cual redujo el gasto energético de los cuerpos y estimuló la acumulación, como grasa, de los excedentes energéticos aportados por la nueva alimentación.¹⁴ Otro cambio que significó un “gran avance” hacia la

¹⁴ Una práctica semejante, que hoy pudiera parecernos intrascendente, es la aparición en 1936 de las escaleras eléctricas en algunas tiendas de lujo como Liverpool, lo cual significó un signo de distinción entre la gente que acudía a esa tienda. Wiki-City. “Una narrativa de todos. *Primeras Escaleras Eléctricas*”. https://www.wikicity.com/Primeras_Escaleras_El%C3%A9ctricas. Este mecanismo impulsado por electricidad, se difundió en los años subsiguientes a otros espacios como una señal del avance tecnológico al que teníamos acceso los mexicanos y colaboró con la práctica de no moverse y permitir que otra fuente de energía trasladara los cuerpos de un lugar a otro. Pequeños hechos como este, en escala ampliada, participaron en la ganancia de peso de la población.

modernidad fue el incremento de la energía eléctrica en las viviendas, lo cual, no solo permitió el uso de aparatos para facilitar el trabajo doméstico (licuadoras, refrigeradores, planchas eléctricas, aspiradoras, etcétera), sino que también diversificaron el uso del tiempo libre, pues se incrementó la oferta nocturna de programas radiofónicos y televisivos, lo cual también transformó los horarios y la cantidad de horas de dormir de la población.¹⁵

Sin embargo, considero que el cambio trascendental fue el crecimiento de la industria alimentaria y la diversificación de los productos que ofreció para el consumo, así como el correspondiente incremento de la *consumatividad* en este rubro. Lo anterior, junto con la sustitución de la dieta tradicional (indígena y campesina) por la “moderna” que se observó años antes, fue creando lenta, pero definitivamente, el contexto para la aparición del Sp y la Ob. En otras palabras, y de acuerdo con Pontzer, quien propone que “el ser humano tiende a quemar el mismo número de calorías sea cual sea la intensidad de la actividad física”,¹⁶ el cambio cultural que impactó decisivamente la vida cotidiana de los mexicanos no fue la disminución de la actividad física, sino *la combinación de este proceso* con el inesperado incremento de la oferta de productos comestibles

¹⁵ Existen desde hace una década estudios sobre la relación entre la mala calidad y cantidad en el dormir y el sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus 2, entre otros: Carolina Escobar *et al.*, “La mala calidad del sueño es factor promotor de obesidad”, en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 4, 2013, pp. 133-142; Samuel Durán-Agüero y Hugo Sánchez Reyes, “Relación entre cantidad de sueño nocturno y obesidad en adultos mayores chilenos”, en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 66, núm. 2, 2016, pp. 142-147; Jessica Suaza-Fernández, *et al.*, “Calidad de sueño y porcentaje de grasa corporal en estudiantes de Nutrición: un estudio transversal”, en *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, vol. 25, núm. 4, 2021, pp. 384-393.

¹⁶ Pontzer no es el único que hace esta afirmación y agrega: “Eso sí, hemos evolucionado para quemar una cantidad notablemente mayor de energía que nuestros parientes los primates. Tales resultados contribuyen a explicar dos enigmas que a primera vista pueden parecer dispares pero que, en realidad, están vinculados: primero, por qué el ejercicio no suele ayudarnos a adelgazar y, segundo, cómo surgieron algunos rasgos singulares de nuestra especie”. Para mayor detalle, Herman Pontzer, “La paradoja del ejercicio físico”, en *Investigación y Ciencia*, núm. 487, 2017, pp. 18-24.

industrializados con altas cantidades de azúcar y grasas no saludables, así como el incremento en el tamaño de las porciones alimentarias y el número de veces al día que la población los ingería.

Participación del Estado y la medicina en la producción de la epidemia de obesidad en México

Una línea de análisis que interesa resaltar es la que muestran María del Pilar Zazueta¹⁷ y Sandra Aguilar¹⁸ en sendos artículos, donde detallan, desde distintos ángulos, la participación del Estado y las instituciones de salud en la consolidación de las prácticas alimentarias no saludables para la población mexicana, específicamente el caso del consumo de azúcar a través de refrescos embotellados, postres y golosinas en diversos momentos de la vida de los mexicanos. Este proceso se realizó de 1950 a 1980 y sus análisis exhiben cómo, en múltiples ocasiones en la historia de México, se han tomado decisiones que favorecen al sistema económico, antes que a la salud de la población. Presentan también que no se han tomado acciones similares para contrarrestar las consecuencias de esas decisiones, pues ello implicaría “atentar” contra la dinámica de crecimiento de las industrias que participan en los diferentes procesos de producción y distribución de estos productos y también contra las fuentes de trabajo de los mexicanos que participan en ellas, situación que muestra la complejidad del problema en cuestión.

¹⁷ María del Pilar Zazueta, “De *Coca-Cola* a *Vampi-Cola*: políticas, negocios, y el consumo de refrescos y azúcar en México (1970-1982)”, en *Apuntes de investigación*, año XVI, 22, 2012, pp. 34-55. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aiccecp/n22/n22a04.pdf> (consultado el 17 de noviembre de 2021).

¹⁸ Sandra Aguilar, “La mesa está servida: comida y vida cotidiana en el México de mediados del siglo XX”, *Revista de Historia Iberoamericana*. Semestral. 2, 2, 2009, pp. 52-85 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620992>, y Sandra Aguilar Rodríguez, “Raza y alimentación en el México del siglo XX”, en *Interdisciplina* 7, núm. 19 (septiembre-diciembre), México, 2019, pp. 119-138.

Como hemos revisado, el proceso de transición alimentaria duró varios años, pero fue en el lapso de esta *segunda transición* cuando se afianzó en la población mexicana la práctica cotidiana de consumir azúcar en abundancia. Este cambio alimentario sucedió poco a poco y mediante diferentes estrategias, entre las que resaltan: la inducción planeada al consumo de “postres” y “golosinas” no solo al final de la comida, sino en otros momentos de la cotidianidad (por ejemplo, como “premio” para los niños, mientras se veía una película en el cine, como parte de los refrigerios y desayunos en las escuelas, o como antojo, es decir, “por puro gusto”); pero también mediante la introducción de “cafés cantantes” y “fuentes de sodas”, donde se difundió entre los jóvenes el consumo de refrescos embotellados, helados, malteadas, crema chantilly, etcétera.

Pero la estrategia “estrella” fue la que emplearon la publicidad y la mercadotecnia para introducir en el gusto de la población los productos con grandes cantidades de azúcar –dulces, pasteles, galletas, gelatinas y refrescos embotellados–, todo por medio de periódicos, revistas, espectaculares, folletos, cine, radio y televisión, con el claro objetivo de incrementar su consumo, con el sólido respaldo de los “expertos” médicos y nutriólogos. Un ejemplo de esto, lo ofrece Sandra Aguilar, cuando cita las reflexiones del doctor Pedro López Mc Gregor, quien en el año de 1954, afirmaba:

Desafortunadamente nuestro pueblo no sabe alimentarse. Aferrado a una tradición, que le representa como producto de la cultura del maíz, no sabe sustituir este grano cuando escasea por otros productos como el garbanzo. Algo parecido ocurre con el azúcar. Según las estadísticas más recientes, el consumo nacional de azúcar dista aún mucho de ser el que señalan las reglas de higiene como indispensable para el desarrollo de una vida sana. Fuera del DF y de algunas ciudades, ingieren muy poca azúcar, apenas 5 kg al año por habitante en Oaxaca y Guerrero. El azúcar está considerada como el complemento alimenticio número uno debido a su

enorme poder energético. Bastan unos cuantos gramos diarios, para que el organismo disponga de las energías suficientes para enfrentarse al trabajo con entusiasmo y vigor. Energético vigoroso e inofensivo. No debe sustituir a otros alimentos, sino complementarlos. *Consumiendo postres ricos en azúcar.*¹⁹

Igualmente, relata cómo, con base en la idea de que el azúcar era un producto “energético” e “inofensivo”, el Instituto Nacional de Nutriología (INN)²⁰ organizó en 1948 un curso dirigido a amas de casa, para aprender a preparar postres, desayunos y meriendas con base en leche y azúcar:

Dentro de los platillos de leche a preparar se encontraban: leche endulzada con azúcar y caramelo, dulce de leche, flan, crema inglesa, leche con café y con chocolate, dulce de yema, dulce de miel, clara de huevo y azúcar, merengue, leche con azúcar, arroz, con avena o maíz, leche con harinas (maicena), arroz, y harinas tostadas, atole de leche, de fresa, de piña, de coco, crema pastelera y budines. La leche y el azúcar se presentaron como ingredientes fundamentales no solo de postres, sino también del desayuno y la merienda.²¹

Las recomendaciones médicas fueron ampliamente difundidas por la Unión Nacional de Productores de Azúcar (UNPASA) quienes, en la publicación conocida como *Almanaque Dulce*, difundieron puntos de vista médicos y nutriólogos que, justificaban y respaldaban, el consumo de azúcar y donde podían encontrarse varios textos breves donde se leía la frase “Consuma más azúcar”, o bien, “Las estadísticas demuestran que

¹⁹ Sandra Aguilar, “Raza y alimentación en el México del siglo XXI”, *op. cit.*, pp. 130-131. Los énfasis en negritas son míos.

²⁰ Precursor del actual Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

²¹ Sandra Aguilar, “Raza y alimentación en el México del siglo XXI”, *op. cit.*, p. 131. Los énfasis en negritas son míos.

los pueblos fuertes son grandes consumidores de azúcar”. Generalmente, junto a las declaraciones médicas así divulgadas solía encontrarse publicidad de Peñafiel, Pepsi Cola y Coca-Cola.²²

Por su lado, Zazueta nos explica cómo las refresqueras, específicamente Coca-Cola, lograron asegurar que el Estado mexicano quedara imposibilitado para actuar en su contra, pues en su modelo de negocios, las embotelladoras y los productores de los insumos que les abastecían de materiales para su actividad (azúcar, vidrio, empaques, camiones, uniformes, etcétera), así como las comercializadoras y distribuidoras –que eran tanto empresas muy grandes (supermercados) como restaurantes, fonditas y cientos de pequeños negocios (“tienditas de la esquina”)– eran totalmente mexicanas, pero las marcas del producto eran propiedad estadounidense. En 1950 hubo un incremento en la producción de azúcar y por tanto se requirió aumentar el consumo, lo cual se hizo mediante el uso de publicidad que empleó imágenes de obreros, indígenas, atletas y amas de casa que bebían refrescos o comían alimentos preparados con azúcar. Zazueta nos da un ejemplo de ello al describir un anuncio que señalaba:

Él necesita azúcar. La capacidad de trabajo de los obreros industriales incrementa la producción. El obrero cansado produce menos. El trabajador derrota su fatiga con azúcar. Es por eso que las bebidas azucaradas nunca deben faltar en el taller o en la fábrica.²³

La autora describe cómo en los años 70 –y como resultado de estas políticas para incrementar el consumo de azúcar–, México se convirtió en el segundo consumidor de refrescos después de Estados Unidos, y cómo fue que el Estado mexicano tuvo políticas contradictorias que lo

²² Más información sobre el tema consultar Cruz Santacruz, *op. cit.*, pp. 245-250.

²³ María del Pilar Zazueta, “De *Coca-Cola* a *Vampi-Cola*: políticas, negocios, y el consumo de refrescos y azúcar en México (1970-1982)”, *op.cit.*, p. 37. Los énfasis en negritas son míos.

llevaron, por un lado, a incentivar la producción de azúcar, y por otro, a intentar proteger a la población de las consecuencias de su consumo:

El caso del azúcar y los refrescos es un ejemplo de cómo diversas necesidades e intereses del Estado mexicano llevaron a políticas contradictorias respecto al consumo de estos productos. Por un lado, al final de la década de 1970, el Gobierno federal controlaba la mayoría de los ingenios azucareros del país y tenía que subsidiar la producción y los costos para evitar la escasez. Para el Gobierno federal, mantener y administrar la producción de azúcar era importante políticamente porque grandes sectores campesinos trabajaban en esta industria. Asimismo, las empresas refresqueras eran los clientes industriales más importantes del sector. Por otro lado, durante la presidencia de José López Portillo el Instituto Nacional de Consumidor (INCO) y las autoridades de salud lanzaron campañas en contra del creciente consumo de azúcar, particularmente en la forma de refrescos. En otras palabras, **el gobierno promovía y desalentaba el consumo al mismo tiempo**. Las diferentes agencias del gobierno tenían intereses divergentes y actuaban en consecuencia.²⁴

Sin embargo, señala la autora, en los inicios de los años sesenta, “los investigadores habían acumulado evidencia en todo el mundo de que la dieta jugaba un rol central en el desarrollo de enfermedades crónicas, como las afecciones cardiovasculares y la diabetes tipo 2”,²⁵ especialmente la relación entre consumo de azúcar y la producción de enfermedades; por tanto, se empezó a difundir la necesidad de disminuir su consumo. En 1954, nos dice Zazueta, el diario *El Universal*, publicó un editorial donde se relacionaba el consumo de azúcar “con una incidencia mayor de caries, diabetes, problemas hepáticos y obesidad”,²⁶ y añade que

²⁴ *Ibid.*, p. 36. Los énfasis en negritas son míos.

²⁵ *Ibid.* p. 41.

²⁶ *Idem.*

en las décadas de 1960 y 1970 la profesión médica, aún sin estudios concluyentes, “coincidía en los efectos perniciosos del alto consumo de azúcar”. En los sesenta, el INN realizó una encuesta que posteriormente fue avalada por una investigación de la OMS, en la cual se incluyeron 400 familias de la unidad habitacional “Unidad Independencia” en la Ciudad de México, donde se reportó una frecuencia de diabetes tipo 2 entre los individuos de 40 a 70 años, mayor que la reportada en otros países, y casi la mitad de los diabéticos no sabían que tenían la enfermedad.

El estudio descubrió que los antecedentes familiares y la obesidad eran factores importantes para predecir la prevalencia de la enfermedad en las poblaciones relevadas. Dado que los factores genéticos no podían modificarse, Zubirán y Chávez se concentraron en las prácticas alimentarias, como limitar el consumo de azúcar como medida preventiva.²⁷

El estudio de la OMS también señaló que “es indiscutible que la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en la Ciudad de México es inusualmente alta”, los médicos del IMSS consideraron que la alta incidencia se debía a la prevalencia de una dieta “poco balanceada, basada principalmente en el consumo de carbohidratos” y que además era “hipercalórica” y conducía “a la obesidad”.²⁸

Como veremos en el siguiente apartado, la epidemia de Sp y Ob ya estaba dando muestras claras de estar extendiéndose en la población mexicana, pero los enfoques y las políticas de salud de la época, junto con las políticas económicas que protegieron a la industria alimentaria, impidieron que el problema se hiciera evidente para todos.²⁹

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Ibid.*, p. 42.

²⁹ Observar cómo estas estrategias y campañas iniciadas en los años 20 y reforzadas en los 40 y 50 del siglo XX, enfocadas en modificar los hábitos alimentarios de la población tuvieron como resultado un impacto dañino en la salud de la población

Lo paradójico, es el hecho de que estas campañas publicitarias y las políticas económicas encaminadas a mantener las ganancias de la industria alimentaria –con la justificación del “crecimiento económico” y el incremento de la “productividad”–, fueran respaldadas también con argumentos “científicos” que vinieron de las instancias sanitarias y algunos personajes del campo de la medicina, y que fueron utilizadas por la publicidad, con campañas millonarias, para garantizar sus ventas. No obstante, cuando los discursos de la ciencia cambiaron y se volvieron contra los intereses de la industria, ya no hubo inversión económica privada y mucho menos pública, que alcanzara para revertir el impacto causado en la salud de la población.

Transición en salud y los indicios de la epidemia de obesidad

Se ha mencionado la interrelación de algunos elementos que conforman la complejidad del proceso de configuración de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México; no obstante, no podemos finalizar sin mostrar otros datos orientadores que permiten sustentar la afirmación de que a fines de los años setenta, la epidemia ya estaba instalada en México.³⁰ Para ello es necesario hablar de la noción de *transición en salud*, la cual implica a su vez, otras transiciones: la demográfica, la epidemiológica, la de estilos de vida, la de atención sanitaria, la tecnológica y la ecológica, entre otras, que fueron resultado de los múltiples cambios políticos,

cuarenta años después, nos permite comprender mejor el significado de “cronicidad” de estas enfermedades, pues toma varios años de prácticas alimentarias no saludables –entre otros factores–, para que se manifiesten en el cuerpo.

³⁰ Si bien es necesario más trabajo de investigación y correlación de las estadísticas nacionales –que tenían problemas de subregistro en esa época– con el análisis presentado en este documento, es posible percatarse, de que ya teníamos un problema de salud con las enfermedades crónicas (tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cirrosis hepática) las cuales, años después, se relacionaron directamente con el sobrepeso y la obesidad.

ideológicos y económico-sociales englobados en las *transiciones socio-culturales* que ya revisamos y que pueden seguirse con mayor detalle en mi tesis doctoral. Si bien este concepto ha sido cuestionado,³¹ me parece útil para hacer un análisis de los cambios manifestados en el lapso de 1941 a 1980, pues se hicieron evidentes en los ámbitos demográficos (incremento de la población), en la estructura poblacional (disminución de la población rural e incremento de la urbana), en la mortalidad (al observarse un decremento en la mortalidad general), en la esperanza de vida (que se incrementó), así como en la tasa de fecundidad general (que disminuyó).³² Por otro lado, son evidentes los cambios en la morbilidad y la mortalidad general de esos años, los cuales se presentaron en las estadísticas nacionales solo para corroborar lo que los investigadores del INN y los médicos del IMSS, además de la OMS ya sabían: que teníamos una elevada prevalencia de diabetes mellitus 2, asociada a la obesidad.

Es necesario decir que, en esa época aún no se contemplaba tan seriamente como hoy a la obesidad y no existían encuestas específicas para medirla, sin embargo, aparecía de una forma u otra, vinculada a otras enfermedades (cardiovasculares, tumores malignos o diabetes mellitus 2). En los cuadros 1 y 2,³³ puede observarse la comparación entre las diez principales causas de mortalidad general en el país y en la Ciudad de México, donde destaca que *fue en esta última donde aparecieron primero estos problemas de salud*, los cuales se manifestaron 10 años después en el nivel nacional.

³¹ A. Gómez y Rubén Darío, “La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19 núm. 2, 2012. pp. 57-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019207>.

³² Para más información, Cfr. Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)*, *op. cit.*, pp. 262-265

³³ Tomadas de Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)*, *op. cit.* pp. 269-270.

Cuadro 1. Diez principales causas de muerte en México, 1922-1980.

Cuadro 8. Diez principales causas de muerte en México. 1922-1980.

Año/Orden	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1974	1980
1ª	Neumonía Influenza	Diarreas Enteritis	Diarreas Enteritis	Gastroenteritis y colitis	Gastroenteritis y colitis	Neumonía e influenza	Neumonía influenza y otras enfermedades respiratorias agudas	Accidentes
2ª	Diarreas Enteritis	Neumonía e influenza	Gripe y neumonía	Gripe y neumonía	Gripe y neumonía	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Enfermedades infecciosas intestinales
3ª	Fiebre y caquexia palúdica	Fiebre y caquexia palúdica	Paludismo	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Enfermedades del corazón	Accidentes envenenamientos y violencias	Neumonía Influenza
4ª	Tosferina	Tosferina	Muertes violentas o accidentales	Accidentes, envenenamientos y violencias	Accidentes	Ciertas causas de enfermedades perinatales	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
5ª	Viruela	Viruela	Sarampión	Paludismo	Tumores malignos	Tumores malignos	Causas perinatales	Tumores malignos
6ª	Debilidad congénita	Sarampión	Bronquitis	Tosferina	Homicidios	Enfermedades cerebrovasculares	Tumores malignos	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
7ª	Tuberculosis respiratorio	Debilidad congénita	Enfermedades del hígado	Cirrosis del hígado	Bronquitis	Sarampión	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
8ª	Muertes violentas	Tuberculosis Aparato respiratorio	Debilidad congénita	Tuberculosis Aparato respiratorio	Tuberculosis Aparato respiratorio	Accidentes	Cirrosis hepática	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
9ª	Bronquitis	Muertes violentas	Tuberculosis Aparato respiratorio	Bronquitis	Cirrosis hepática	Cirrosis hepática	Tuberculosis todas sus formas	Diabetes Mellitus
10ª	Senilidad	Bronquitis	Disentería	Sarampión	Paludismo	Infecciones respiratorias agudas	Diabetes mellitus	Homicidios y lesiones

Elaboración propia a partir de: Perdigón-Villaseñor y Fernández-Cantón (2008, pág. 239); para el año de 1974: Hernández (1985, pág. 102)

Cuadro 2. Principales causas de muerte en la Ciudad de México, 1950-1980

Cuadro 9. Principales causas de muerte en la Ciudad de México, 1950-1980

Año/Orden	1950	1960	1970	1980
1ª	Gripe y neumonía	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea del RN	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón
2ª	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea del RN	Enfermedades propias de la primera infancia	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Neumonía e influenza
3ª	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Gripe y neumonía	Ciertas causas de la morbilidad y de la mortalidad perinatales	Tumores malignos
4ª	Cirrosis del hígado, colestiasis y colecistitis	Cirrosis hepática	Enfermedades del corazón	Accidentes
5ª	Accidentes, envenenamientos y violencias	Tumores malignos incluyendo los de los tejidos linfáticos y hematopoyéticos	Cirrosis hepática	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
6ª	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Enfermedad cerebrovascular
7ª	Tuberculosis de aparato respiratorio	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
8ª	Bronquitis	Bronquitis	Infecciones respiratorias agudas	Diabetes mellitus
9ª	Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	Homicidios	Accidentes	Enfermedades infecciosas intestinales
10ª	Sarampión	Tuberculosis de aparato respiratorio	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas
11ª	Tuberculosis otras formas	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Bronquitis crónica y las no específicas, enfisema y asma

Elaboración propia a partir de: http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/publicacion_mortalidad_1990_2014/Paginas/Evolucion_PC_1950-2014.pdf.

Como puede observarse, en 1950, en la Ciudad de México –entonces Distrito Federal–, ya se advertían, como sexta causa de muerte, a los tumores malignos; diez años después, en 1960, hicieron su aparición las enfermedades del corazón, mientras que, en 1970, encontraríamos en el séptimo lugar, a las enfermedades cerebrovasculares y en el décimo a la diabetes mellitus. Pero lo que llama la atención es que en el nivel nacional las enfermedades del corazón aparecieron en tercer lugar como causa de muerte hasta 1970, sin haber estado presentes –aparentemente– en la década anterior, lo que querría decir que el número de muertes por esta causa escaló rápidamente en solo diez años para ubicarse entre las diez principales causas de mortalidad general. Por su lado, la diabetes mellitus apareció como causa de muerte, en el décimo lugar nacional, solo cuatro años después, en 1974. Para fines de los años setenta e inicios de los ochenta, iniciaba el crecimiento permanente y continuo de este problema de salud pública que nos condujo a la catástrofe que hoy vivimos, pero la evidencia nos dice que el problema ya estaba entre nosotros desde antes.

Otro aspecto llamativo es que los problemas de salud se presentaron primero en la Ciudad de México, donde era mayor y más diversificado el “desarrollo” económico y donde el proceso de urbanización era muy acelerado, al igual que el aumento de la población. Igualmente, donde la magnitud del consumo de alimentos industrializados era superior al de otras zonas del país y formaba parte fundamental de las prácticas alimentarias de la población.

Podríamos decir que si el cambio alimentario, el aumento del sedentarismo y la disminución de las horas de sueño, entre otras modificaciones en la vida cotidiana de las personas, eran ya una realidad en México en los años cincuenta, el problema solo siguió aumentando cada diez años,³⁴ sin que se hiciera nada o casi nada por enfrentarlo, es decir, “se dejó crecer” y ya vimos algunas de las razones para que ello sucediera.

³⁴ Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de Norteamérica (CDC por sus siglas en inglés) señala que una persona con prediabetes

Conclusiones

Las transiciones socioculturales sucedidas entre 1900 y 1980 se expresaron en diferentes procesos transformadores tanto en el desarrollo económico, político, demográfico y social, como en los estilos de vida y de consumo de la población, especialmente los relacionados con la alimentación, la movilidad corporal y los hábitos del dormir; lo anterior propició la disminución de los tiempos dedicados a caminar y la disminución de las horas de sueño que a su vez fueron resultado del incremento del consumo de vehículos automotores y televisores en las décadas de 1950 a 1970, así como del uso de la publicidad para incentivar su consumo. Fue también en esta época que se incrementó el consumo de refrescos, pastelillos industrializados, botanas y galletas consumidos, principalmente, por jóvenes que lograron una presencia consumidora importante a raíz del movimiento estudiantil de 1968.³⁵ Asimismo, aparecieron los primeros restaurantes y centros comerciales que incrementaron la rapidez del proceso de difusión de estas prácticas sociales y la costumbre de comer fuera de casa, cambio cultural que se extendería a gran parte de la población en los años ochenta.

Como no existía la idea de la obesidad como problema de salud pública y la atención estaba puesta en los problemas de desnutrición que se “arrastraban” desde principios del siglo XX,³⁶ lo que comenzó

puede desarrollar la diabetes tipo 2 si no hace cambios en su estilo de vida en 5 años. <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/prevention/prediabetes-type2/index.html>

³⁵ Para comprender cómo el movimiento estudiantil tuvo como consecuencia el incremento del consumo en los años sesenta, de manera análoga a como el movimiento feminista de los años veinte tuvo el mismo impacto económico, Cruz Santacruz, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)*, op. cit., pp. 171, 206-209, 240-241.

³⁶ El 4 de marzo de 2021, en el evento organizado por el Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, para conmemorar el Día Mundial de la Obesidad, la doctora Teresa Shama Levy, ante la pregunta por parte del público: “¿Por qué si desde 1999 aparecieron datos sobre el incremento de la obesidad, se comenzó hasta 2006 con políticas más específicas al respecto?”,

a notarse en las estadísticas de salud de principios de los años setenta, fueron las modificaciones en las causas de mortalidad general nacional, donde hicieron su aparición las enfermedades crónicas que en solo veinte años ya estaban dentro de las diez principales causas de muerte en México. Este hecho, poco estudiado, nos permite vislumbrar que la epidemia de sobrepeso y obesidad ya estaba instalada, representada por enfermedades que años después se sabría que están asociadas a ellas.

Sin embargo, a pesar de que a fines de los años ochenta se comenzó a analizar la transición epidemiológica (que implicó en nuestro país la coexistencia de enfermedades infecciosas con las crónicas) no fue sino hasta 1999 que se inició la medición del sobrepeso y la obesidad y la atención de los especialistas comenzó a orientarse hacia ese problema de salud. Asimismo, no deja de inquietar el hecho de que en 1997 la OMS reconoció a la obesidad como un problema mundial, entonces ¿por qué debieron pasar 19 años más para que México declarara una “alerta epidemiológica” en 2016, a pesar de haber tenido información específica sobre estos problemas de salud, al menos desde 1999 cuando la primera ENN señaló un incremento inquietante del sobrepeso y la obesidad en la población femenina mayor de 20 años? Es una pregunta que sigue sin respuesta.

respondió que una de las razones fue que en esa época “el problema que padecía nuestro país y que padecían varios países, sobre todo de Centro y Latinoamérica [sic] era el problema de la desnutrición..., en el año de 1999 se empieza a tener una alarma porque se empiezan a incrementar los problemas de sobrepeso y obesidad, *sin embargo no tan altas*, ustedes vieron la ENSA 2000, habla del 24%, *pero ya se empieza a ver como un grave problema que todavía no se sabía el incremento*; en 2006, ya se empiezan a establecer políticas... al no haber acabado todavía con el problema de la desnutrición, como lo presenté en este momento, ...pero ver otros grupos de población, porque por ejemplo, la encuesta de 99 [1999] solo se encuestaron a niños menores de cinco años, escolares y solo mujeres; no teníamos documentación de hombres y... esa es una de las causas”, como puede apreciarse, no se tiene una respuesta clara a la pregunta. Video disponible en Teresa Shamah Levy, “El futuro del monitoreo de la obesidad en México: ENSANUT-Continua”, en *Día Mundial de la Obesidad O: #JuntosSinEstigma* (Sesión 4. 4 de marzo de 2021) <https://www.youtube.com/watch?v=OXXpJNLOV-4&t=2726s>

Bibliohemerografía

- Aguilar Rodríguez, Sandra, “Raza y alimentación en el México del siglo XX”, *Interdisciplina*, vol. 7, núm. 19 (septiembre–diciembre), México, 2019, pp. 119-138. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052019000300007&script=sci_arttext
- “La mesa está servida: comida y vida cotidiana en el México de mediados del siglo XX”, en *Revista de Historia Iberoamericana*, vol. 2, núm. 2, 2009, pp. 52-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620992>.
- CDC, “Información sobre la prediabetes y la diabetes tipo 2”, en *Programa Nacional de Prevención de la Diabetes*, 9 de febrero de 2022. <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/prevention/prediabetes-type2/index.html>.
- Chassin, O. Amancio, Ortigoza Ramírez, J.L. y Durante Montiel I. “Obesidad”, en *El ejercicio actual de la medicina*. Seminario, Facultad de Medicina, UNAM. 2007. http://www.facmed.UNAM.mx/eventos/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
- Cruz Santacruz, Rebeca, *Genealogía de la epidemia de sobrepeso y obesidad en México (1900-1980)*, México, Tesis de doctorado, UNAM, 2022.
- Gómez A., Rubén Darío, “La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19, núm. 2, 2001, pp. 57-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019207>.
- Gracia Arnaiz, Mabel. “Antropología de la alimentación”, en *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Prat J. y Martínez A. (editores), España, Ariel Antropología, 1996, pp. 382-393.
- Lazcano Ponce, Eduardo C. y Shamah Levy Teresa, “La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la Ensanut 2022”, Instituto Nacional de Salud Pública, 28 de julio de 2023. <https://www.insp.mx/>

informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022

Pontzer, Herman, “La paradoja del ejercicio físico”, en *Investigación y Ciencia*, núm. 487, 2017, pp. 18-24.

Rivera Dommarco, Juan Ángel, *et al.* (editores), *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. México, UNAM, 2012.

Shamah Levy, Teresa, “El futuro del monitoreo de la obesidad en México: ENSANUT-Continua”, en *Día Mundial de la Obesidad O: #JuntosSinEstigma* (Sesión 4. 4 de marzo de 2021). <https://www.youtube.com/watch?v=0XXpJNLOV-4&t=4288s>

Urias Horcasitas, Beatriz, *Historias secretas del racismo en México 1920-1950*, México, Editorial Tusquets, 2007.

Zazueta, María del Pilar, “De Coca-Cola a Vampi-Cola: políticas, negocios, y el consumo de refrescos y azúcar en México (1970-1982)”, en *Apuntes de investigación*, año XVI, núm. 22, 2012, pp. 34-55. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aicecyp/n22/n22a04.pdf>

Capítulo X

Ser persona mayor con diabetes durante la pandemia de covid-19 en la Ciudad de México

Elia Nora Arganis Juárez

Introducción. Envejecer con enfermedades crónicas

En México, como en otros países de América, existe un proceso de cambio demográfico, extensión de la longevidad, reducción de la fertilidad y cambios en la estructura familiar y en los apoyos. El proceso de envejecimiento se realiza en un contexto de grandes disparidades económicas, pocas estrategias públicas viables para apoyar el envejecimiento de la población y la continua dependencia de las familias para la atención y la seguridad económica.¹

Las personas mayores de 60 años se encuentran en situaciones diferenciales por género, condición socioeconómica, seguridad social y estado de salud. En este grupo de edad hay más mujeres que hombres, existen diferencias en los ingresos que reciben y el número de mujeres que se encuentran jubiladas o pensionadas es mucho menor que los hombres.²

¹ Jacqueline Angel, William Vega, Mariana Lopez-Ortega, “Aging in Mexico: Population Trends and Emerging Issues”, en *The Gerontologist*, GSA, USA, vol. 57, núm. 2, 1 April 2017, pp. 153–162. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw136>

² Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, *Pobreza y personas mayores en México 2020*, México, Coneval, 2020, pp. 5-11. *Pobreza_personas_mayores_2020.pdf* (coneval.org.mx)

En el caso de la salud, en este grupo de edad es frecuente la presencia de las enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión que se presentan con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, por ejemplo, en 2016 la mayoría de las personas que padecían diabetes con diagnóstico médico previo tenía entre 60 y 79 años.³ Lo mismo sucede con la hipertensión, conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años.⁴

Estas enfermedades se asocian al aumento en la esperanza de vida de los mexicanos, el cambio en el estilo de vida tanto en alimentación como en actividad física y resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales, y tienen un fuerte impacto económico en la vida cotidiana de las personas por su larga duración y la presencia de complicaciones.⁵

Padecer diabetes y su atención

Para entender las múltiples dimensiones implicadas en la experiencia de ser persona mayor que además padece una enfermedad crónica, se retoma el concepto de padecimiento, que incluye la experiencia vivida, las expectativas, las categorías y juicios sobre cómo enfrentarlo, se refiere a “cómo la persona enferma y los miembros de la familia o de la red social más amplia, perciben, viven y responden a los síntomas y la incapacidad”.⁶

³ Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados*, 46, México, 2016. http://oiment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*, México, 2018. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.

⁵ *Ibid.*, pp. 45-46.

⁶ Arthur Kleinman, *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York, Basic Books, 1988, p. 3.

Durante su padecimiento, las personas construyen representaciones del padecer, que son la serie de significados que le sirven a los individuos para dar un sentido a los malestares que sufren, permiten entender y clasificar las circunstancias en que se presentan y organizar sus acciones y prácticas; no solo se incluye la experiencia individual, sino el contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos, es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, donde se sintetizan contenidos ideológico-culturales determinados históricamente.⁷ Las representaciones del padecer son guías para la acción de los sujetos sociales, se actualizan en sus prácticas, que son el conjunto organizado de conductas y acciones, rutinarias o eventuales que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social.⁸

En la experiencia de un padecimiento como la diabetes está presente la problemática de la cronicidad: “el proceso sociocultural y subjetivo que se construye a partir de que un sujeto se encuentra en la situación de convivir cotidianamente, de manera prolongada o permanente con un daño, enfermedad, disfunción o discapacidad definida como ‘crónica’”.⁹

La atención al padecimiento crónico se desarrolla en una secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación como a las instituciones, estructuras de atención y

⁷ Denise Jodelet, “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Sergio Moscovici, *Psicología Social II. Pensamiento y vida social*, Barcelona, Paidós, 1988, pp. 469- 494.

⁸ Rosa María Osorio, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, INI / CIESAS / INAH, 2001.

⁹ Rosa María Osorio, “La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en la ciudad de Barcelona: desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas”, en Oriol Romani, Cristina Larrea y José Fernández (coord.), *Antropología de la Medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*, España, Ankulegi Antropología Elkartea, Donostia, 2008, p. 158.

servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos, los curadores y los consejeros.

Encontramos en las trayectorias de atención de las personas con diabetes la utilización de la biomedicina, un conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica que ha ido hegemonizando a los otros saberes como la única forma correcta de diagnosticar, explicar atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos y políticos; ejerce funciones de cura y control y tiende a una subordinación técnica e ideológica de otros saberes y prácticas curativas.¹⁰

Las otras medicinas: tradicionales, alternativas, paralelas, complementarias, aunque provienen de diversas fuentes se han integrado como sistemas de saberes para enfrentar los padecimientos. Son posibilidades de atención cuyo acceso estará determinado por las condiciones socioeconómicas e ideológicas en que viven los individuos, son alternativas que se han pretendido estigmatizar, pero que en los hechos se subordinan ideológicamente.¹¹

También están presentes las prácticas de autoatención, que suponen el primer nivel real de atención. La autoatención es estructural en todas las sociedades, se refiere a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de individuo y grupo social ante un padecimiento o una enfermedad, son llevadas a cabo por la propia persona o personas inmediatas y en el cual no actúa directamente el curador profesional. Dentro de estas formas se incluye la automedicación con diversos recursos terapéuticos y el autocuidado “desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo a partir del concepto de estilo de vida, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas

¹⁰ Eduardo Menéndez, “Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención”, en Roberto Campos-Navarro (coord.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina / Mac Graw-Hill Interamericana Editores, 2016, pp. 177-185.

¹¹ *Idem.*

por los individuos para prevenir el avance de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva”.¹²

De esta manera, la experiencia de ser una persona mayor que padece diabetes implica reflexionar sobre las múltiples dimensiones del proceso salud, enfermedad y en la compleja interrelación entre los aspectos subjetivos a nivel micro y los procesos macrosociales, materiales y simbólicos en que se encuentran inmersos. Así, en las trayectorias de atención, las diversas estructuras a las que se recurre, la explicación de por qué se hace de una forma y no de otra, tiene que ver con la estructura de significado, la vivencia o la experiencia que el propio individuo atribuye a su malestar.¹³

Pandemia de covid-19

En un contexto de una población envejecida con altas tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, se presentó un nuevo problema de salud: covid-19 (siglas de coronavirus disease 2019), causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Esta enfermedad surgió en el centro de China en diciembre de 2019. Debido a su rápida difusión, el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró que covid-19 era una urgencia sanitaria mundial y el 11 de marzo de 2020 anunció oficialmente que era una pandemia (epidemia mundial).¹⁴

Las personas infectadas por covid-19 muestran un amplio espectro de síntomas, que van desde una enfermedad leve similar al resfriado o la

¹² Eduardo Menéndez, “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos”, en Roberto Campos-Navarro (coord.), *Antropología médica e interculturalidad*, op. cit., p. 309.

¹³ Rosa María Osorio, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, op. cit., p. 40.

¹⁴ Amanda Fielding, “Reseña del covid-19”. *Boletín: Covid-19*. McGraw-Hill Medical, 2020, Disponible en la red: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2910§ionid=243952794#1173533920>

gripe hasta una dificultad respiratoria grave e incluso la muerte. Aunque el covid-19 solo causa una enfermedad leve en la mayoría de las personas, el virus puede enfermar de gravedad a algunos individuos y en un porcentaje menor de casos, la enfermedad es fatal. Las personas mayores y aquéllas con afecciones médicas preexistentes (como presión arterial alta, problemas cardíacos o diabetes) parecen ser más vulnerables.^{15,16,17}

En México, se presentaron los primeros casos en febrero de 2020. Al igual que en diversos países del mundo se tomaron acciones para tratar de frenar los contagios: reforzar las medidas sanitarias promoviendo el lavado de manos, el uso de mascarillas, la limpieza de objetos y superficies con productos desinfectantes como alcohol en gel y cloro. Además de estas medidas de higiene se recomendó el resguardo familiar en casa para personas que padecieran diabetes y otras enfermedades crónicas, y para las personas adultas mayores a partir de los 60 años cumplidos; conservar una sana distancia, en caso de tener contacto con personas fuera de la familia nuclear, estar cuando menos a 1.5 metros de distancia (de dos a tres veces) el uno del otro; saludo a distancia, no saludar de beso, de mano o abrazo.¹⁸

En el caso de los adultos mayores de 60 años se aconsejó: no recibir visitas en estos días, en especial de sus nietas y nietos; comer sanamente: mucha verdura, fruta y agua, cero refrescos, cero comida chatarra, no consumir alcohol ni tabaco; si padece diabetes o hipertensión,

¹⁵ Julie Grishaw, "Covid-19. La pandemia mundial de coronavirus". *Boletín: Covid-19*. McGraw-Hill Medical, 2020. Disponible en la red <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2910§ionid=243952794#1173533920>.

¹⁶ Julio César Espín Falcón, Cardona Almeida Adriana, Miret Navarro Lourdes Mariela, González Quintana Marysol, "La covid-19 y su impacto en la salud del adulto mayor", *Arch Hosp Univ "Gen Calixto García"*, La Habana, Cuba, vol. 8, núm. 3, 2020, pp. 391-403. <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/568>

¹⁷ Rimesh Pal, Shanjay K. Bhadada, "Covid-19 and diabetes mellitus: An unholy interaction of two pandemics". *Diabetes Metab Syndr*. USA, vol. 14, núm. 4, jul-aug 2020, pp. 513-517.

¹⁸ Gobierno de México, *Todo sobre el covid-19*, México, 2020. <https://coronavirus.gob.mx/informacion-accesible/>

observar su azúcar, presión sanguínea y temperatura cada día; alejar el miedo realizando actividades que le gusten: leer, escuchar música, escribir, tejer, hacer rompecabezas; hacer ejercicio en casa: caminar, bailar, sentarse y levantarse de una silla, yoga, hacer estiramientos; designar a alguien de confianza si necesita ayuda, hacer compras o ir al médico, y no automedicarse, revisar si tiene medicina suficiente y si se va a acabar, pedir que se la compren.¹⁹

La Jornada Nacional de Sana distancia establecida del 23 de marzo a 30 de abril de 2020, implicó el reforzamiento de las medidas básicas de prevención, la suspensión de actividades económicas no esenciales, la reprogramación de eventos de concentración masiva y la protección y cuidado de las personas adultas mayores.²⁰ Asimismo, se realizó la reconversión de hospitales generales y de especialidades a hospitales covid,²¹ para atender a las personas que requerían atención a los síntomas respiratorios, esto implicó que una serie de servicios se pospusieran o reprogramaran como la consulta externa de especialidades para pacientes con enfermedades crónicas controladas, la cirugía electiva ambulatoria y no ambulatoria, excepto en pacientes oncológicos y los estudios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, radiología, electro diagnóstico) para pacientes ambulatorios.

La Ciudad de México es una de las entidades federativas más pobladas del país, con un porcentaje muy importante de adultos mayores que, además, padecen enfermedades crónicas y que tuvieron que establecer estrategias para enfrentar esta nueva enfermedad, por lo que el objetivo de este trabajo es describir cómo fue la experiencia de ser una persona mayor de 60 años con diabetes durante la pandemia de covid-19 en la Ciudad de México.

¹⁹ *Ídem.*

²⁰ Gobierno de México, *Jornada Nacional de Sana Distancia*, México, 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf

²¹ Gobierno de México, *Lineamiento de Reconversión Hospitalaria*, México, 2020. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>.

Metodología

La metodología que se empleó en esta investigación es cualitativa, utilizando el método etnográfico,²² para la obtención y construcción de los datos. Este método permite aproximarse al contexto social de las personas a través de la comprensión de sus conductas, prácticas y condicionantes económicas, sociales, culturales e históricas. El trabajo fue la continuación de un proyecto de investigación más amplio que se inició en 2018 y que consistió en indagar las prácticas de atención que construían las personas que asistían a un grupo de ayuda mutua, en un centro de salud del primer nivel de atención de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Cuadro 1. Características de las personas adultas mayores entrevistadas.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Padecimientos Crónicos
Alma	61	Media Básica	Comerciante	Casada	Hipertensión
Carmen	63	Media Básica	Ama de casa	Casada	Diabetes
Teresa	68	Media Básica Incompleta	Ama de casa	Casada	Diabetes e Hipertensión
María	76	Básica	Ama de casa	Viuda	Diabetes e Hipertensión
José	69	Media Básica	Taxista	Casado	Hipertensión
Manuel	75	Media Básica	Pensionado	Viudo	Diabetes e Hipertensión

Fuente: Trabajo de campo, Ciudad de México, 2019-2021.

²² Manuel Amezcua, "El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante". *Index Enferm*, Granada, España, vol. 30, 2000, pp. 30-35.

Las personas entrevistadas viven en la zona norte de la Ciudad de México, un espacio urbano con gran densidad de población, alta marginación y problemas de inseguridad. Antes de la pandemia acudían regularmente a sesiones educativas semanales, donde recibieron información sobre sus problemas de salud, realizaban actividades físicas y se establecía un diálogo permanente con el personal de salud encargado del grupo. Mensualmente se monitoreaban sus signos vitales y de acuerdo a sus condiciones, el personal de salud los canalizaba a los servicios de especialidades en el segundo nivel de atención.

Se realizó observación participante en las sesiones grupales y entrevistas a seis participantes durante 2019 y las primeras semanas de 2020. Con el inicio de la pandemia hubo una suspensión de las actividades del grupo, esto nos llevó a reorientar algunos de los objetivos de la investigación para entender cómo se modificó la experiencia del padecimiento durante esta contingencia, debido a los contactos previos con los colaboradores, se realizaron las entrevistas sobre este tema a través de WhatsApp o por vía telefónica de marzo de 2020 a diciembre de 2021. Se presenta a continuación como fue la experiencia de ser persona mayor con diabetes durante la pandemia.

Tener diabetes, ser adulto mayor y estar en riesgo ante covid-19

El inicio de la pandemia de covid-19 y las medidas llevadas a cabo por las autoridades sanitarias, implicaron una resignificación de su corporalidad, se reconocieron como personas en riesgo. Esto pasó por diferentes etapas conforme se fue conociendo esta enfermedad y sobre todo por la presencia de enfermos y muertes en los ámbitos cercanos.

Así, en marzo de 2020, Manuel decía: “Esa enfermedad no existe, es un invento del gobierno, yo no conozco a nadie que haya tenido covid”.

Mientras en mayo de 2020, Teresa se convenció de su existencia al presentarse una defunción en su familia: “Yo no creía en eso hasta que uno de mis hermanos que vivía en Neza se enfermó, en el Hospital me lo mataron”.

El incremento del número de casos de covid-19 en las familias, así como el reconocimiento de las respuestas diferenciales ante esta enfermedad se hicieron presentes, no solo se enfermaban las personas adultas mayores, también miembros más jóvenes de la familia, además de que algunos enfermos mejoraban, mientras que otros fallecían rápidamente en cuestión de días. Alma nos dijo en septiembre de 2020:

Tengo mucho miedo de contagiarme, en mi familia ya tenemos cinco muertitos: dos hermanos, una tía, un primo, el esposo de una prima, además que tres primas, cuatro sobrinos y uno de mis cuñados también se enfermaron, pero afortunadamente la libraron. Yo no salgo porque no me quiero morir.

Algunas de las entrevistadas mencionaron el duelo ante la imposibilidad de participar en los rituales funerarios de familiares y amigos que fallecieron de covid-19. Alma señaló: “Mi hermano murió por covid y lo incineraron, no me pude despedir de él”. Teresa comentó en junio de 2020:

Mi hermano mayor se murió de covid en el pueblo, tenía 88 años, mi cuñada le hizo un funeral, mis hijas no me dejaron ir, porque les dio miedo que me enfermara, siento feo que no fui, pero hice bien, porque mi cuñada y uno de mis sobrinos se enfermaron, mi cuñada se murió a la semana, creo que mi hermano se la llevó, a mi sobrino lo llevaron a la capital del estado, estuvo en el hospital tres semanas, creíamos que la iba a librar, pero falleció.

Consecuencias de estar en casa: cambios en el estilo de vida

La pandemia trajo consigo una serie de afectaciones en los hábitos de consumo de alimentos, ya que se cerraron los mercados itinerantes (tianguis), la implementación de horarios específicos para las compras de las personas mayores, dificultaron la adquisición de los alimentos habituales, por lo que tuvieron que recurrir a los integrantes de sus redes sociales para obtenerlos.

La actividad física se limitó a la que puede hacerse en el hogar, por lo que se favoreció el sedentarismo y la falta de movilidad. Establecieron medidas de higiene y prevención ante el coronavirus: lavado de manos, limpieza de los alimentos y otros productos, limpieza del hogar. La adquisición y uso de productos de limpieza fue de acuerdo a sus posibilidades: alcohol en gel, cloro, soluciones desinfectantes, en un caso se compró un tapete sanitizante.

Uso cubrebocas de tela por comodidad, tengo unos de tela, esos los lavo y los desechables me los pongo unos dos días por mucho. (Alma, mayo de 2020).

Lavo mis compras con cloro, lo que no se puede lavar lo limpio con gel, puse una jerga con cloro para que los que lleguen de la calle se limpien los pies. (Carmen, octubre de 2020)

Durante los dos primeros años de la pandemia, las personas entrevistadas tuvieron dificultades en la interacción social por la convivencia con los demás integrantes de la familia y el encierro, que impidió que mantuvieran una relación presencial con el grupo de ayuda mutua, que se había convertido en un espacio de socialización con sus pares: “Extraño mucho a los del grupo, me gustaba ir a la actividad física de los martes y viernes”. (Carmen, enero de 2021).

El confinamiento implicó un distanciamiento social con otros familiares y el uso de medios tecnológicos para entrar en comunicación de acuerdo a sus posibilidades, pero las restricciones algunas personas las vivieron como pérdida de la autonomía.

Mi hija vive en Tecámac, pero con la pandemia no me vino a ver durante año y medio, solo me hablaba por teléfono. Mis hijos se preocuparon mucho, no me dejaban salir ni a la esquina. (María, diciembre 2021)

Una situación presente fue la relevancia de los roles de género, las mujeres continuaron realizando labores domésticas en sus hogares, pero debido a la presencia de familiares de la siguiente generación que requirieron el apoyo por situaciones de trabajo en casa o despido, se incrementaron las acciones de cuidado de los nietos en edad escolar, pero también hubo problemas por la convivencia estrecha con los corresidentes.

En el ámbito público, las personas mayores tuvieron que enfrentar restricciones de movilidad que buscaban protegerlos al considerarlos en grupos vulnerables, hubo limitaciones para ingresar a las tiendas de autoservicio, mercados públicos y otros espacios, situación que vivieron como discriminatoria: “No me dejaron entrar a la tienda porque era de la tercera edad”. (Teresa, abril de 2020).

Afectaciones en la economía familiar

Las restricciones en la movilidad tuvieron consecuencias en las condiciones socioeconómicas de las familias: reducción de las actividades e ingresos de los familiares que laboraron en actividades no esenciales:

Mi hija trabajaba como empleada en una fábrica de ropa, durante la pandemia la fábrica cerró durante tres meses, no la corrieron, pero

Ser persona mayor con diabetes durante la pandemia de covid-19 ...

tampoco le pagaron y cuando regresó a trabajar, estuvo tres meses a mitad de sueldo. (Alma, diciembre 2020)

Mi marido trabajaba como vigilante en un edificio, pero como es de la tercera edad le dijeron que solo fuera tres días a la semana y contrataron a alguien más joven para cubrir los otros días. Apenas nos alcanza para los gastos. (Teresa, mayo de 2020)

En el caso de los varones, José tiene un trabajo informal como taxista, por lo que ha seguido laborando durante la pandemia, para él está presente el riesgo, pero es necesario salir para cubrir sus necesidades económicas:

Si me da miedo enfermarme, pero no hay de otra, le puse un plástico al carro, uso el cubrebocas y compré un frasquito de gel. En marzo y abril había días que me daba una vuelta y mejor me regresaba, casi no había nadie en la calle y había días que solo sacaba veinte o treinta pesos, ¡ni pa' la gasolina!, en diciembre mejoró un poco la cosa, pero dicen que viene la segunda ola, ojalá que se calme pronto esta situación. (José, enero de 2021).

Dos de las mujeres recibieron en sus casas a las familias de sus hijos que quedaron sin trabajo o cuidaban a sus nietos en casa, lo que incrementó los gastos de alimentación y servicios: “Uno de mis hijos se quedó sin trabajo y para ayudarlo le dije que se viniera a vivir conmigo, el problema fue que tenía que cocinar para todos y mis nietos no comen, tragan”. (Carmen, mayo 2020).

Atención al padecimiento crónico

Las condiciones socioeconómicas derivadas de la pandemia afectaron de manera diversa a los integrantes de las redes sociales y las posibilidades de apoyo a la persona enferma. El apoyo familiar en las actividades de autoatención y autocuidado, fue relevante para mantener condiciones estables en su padecimiento crónico y la prevención del covid-19. Hubo un apoyo diferencial por género, generación, escolaridad, condición socioeconómica, lugar de residencia e integración familiar. En el caso en que se presentaron algunas molestias, se recurrió a la utilización de los servicios de los médicos privados de las farmacias. “Si me pongo mal tengo que ir con el médico de Similares”. (Carmen, diciembre de 2020).

La presencia de covid-19, implicó un reto para la atención a sus padecimientos crónicos, los procesos de reconversión hospitalaria y las restricciones para la atención en el segundo nivel, ocasionaron retrasos en su atención; las consultas de especialidades se pospusieron: “Fui en agosto por una cita para especialidades y me mandaron hasta el año que viene”. (José, agosto de 2020).

En el primer nivel de atención se les pidió que de preferencia enviaran a familiares para recoger sus medicamentos, en los últimos meses de 2020 y los primeros de 2021, incluso hubo un desabasto de medicinas, lo que obligó a adquirirlas en las farmacias de genéricos o similares por su menor costo.

La cancelación de las actividades presenciales de autocuidado a su enfermedad crónica desarrolladas desde la institución en el grupo de ayuda mutua, provocó el traslado a las actividades de promoción a la salud en línea, se implementaron reuniones virtuales, que implicaron recurrir a los familiares en busca de apoyos de diverso tipo. Se solicitó ayuda de los miembros más jóvenes de la familia para tener asesoría técnica, sin embargo, debido a las limitaciones en el acceso a los equipos electrónicos, hubo un abandono de las actividades de promoción a la salud.

Tener diabetes y covid-19: un doble padecimiento

Entre los entrevistados, María y José padecieron de covid-19, en ambos casos la causa del contagio estuvo relacionada con la interacción social, las condiciones económicas de trabajar fuera de casa y que no se pudo llevar a cabo el confinamiento.

Mi hija se enfermó en su trabajo, vino y nos contagió a mi esposo y a mí, nos tuvimos que encerrar los tres, otra de mis hijas nos traía el mandado y nos hablaba por teléfono para saber cómo estábamos, así la fuimos llevando, lo bueno es que solo fue como una gripa fuerte, pero tenía mucho miedo de que nos fuéramos a poner mal. (María, octubre 2020)

En marzo de 2021, José se contagió de covid a pesar de que ya tenía dos dosis de la vacuna, comentó que uno de los pasajeros que trasladó en su taxi fue el origen de la enfermedad. En su caso, los síntomas fueron como los de una gripe, acudió a hacerse la prueba en el Centro de Salud y al salir positivo se tuvo que quedar en casa, recurrió al apoyo de sus hijos varones para solventar los gastos, mientras su esposa que no tuvo la enfermedad fue la que realizó el cuidado. Como parte de la autoatención ante covid-19, estas personas mayores realizaron prácticas de automedicación con productos farmacéuticos y plantas medicinales, reconocidas en su experiencia como eficaces contra los síntomas de enfermedades respiratorias.

Los testimonios de las personas que padecieron covid-19 ponen en evidencia nuevamente la importancia de los roles de género y generación en el apoyo a las personas enfermas, los varones tuvieron una menor participación y las mujeres de la familia realizaron las prácticas autocuidado: compra y preparación de los alimentos, higiene de la ropa y la habitación, así como el apoyo en la compra de medicamentos y pago de consultas médicas. Los miembros más jóvenes de la familia también realizaron la búsqueda de información a través de medios tecnológicos.

Vacunación y la nueva normalidad

La Política Nacional de Vacunación inició en diciembre de 2020, en sus ejes señaló que después del personal de salud, las personas adultas mayores y las personas con comorbilidades como la diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas fueron consideradas como grupos prioritarios para la vacunación, ya que se estimó que estaban en mayor riesgo de desarrollar enfermedad severa de covid. Se calculó que había que vacunar a un total de 14,460,754 personas de edades de 60 años en adelante y la vacunación de este grupo de edad se programó de febrero a marzo de 2021 en todo el territorio mexicano.²³ Ante el inicio del proceso de vacunación para las personas mayores de 60, se solicitó ayuda dentro del grupo doméstico para el registro en línea y la localización y acompañamiento al centro de vacunación. Las personas entrevistadas manifestaron su confianza en la vacuna, para protegerse del contagio del coronavirus y tener la posibilidad de seguir con su vida cotidiana.

Me han dicho que a pesar de la vacuna me puedo enfermar, pero que no me dará tan fuerte, por eso me vacuné, ya estoy aburrido de estar encerrado, mis hijos no me dejaban salir, ahora me doy mis escapadas al mercado, lo bueno es que ahora si dejan entrar a los viejitos, tienen el tapete sanitizante, gel para que uno se ponga en las manos y marcaron los espacios para que uno espere su turno. Creo que con la vacuna y con seguirse cuidando pronto saldremos de esta. (Manuel, marzo de 2021)

²³ Gobierno de México, *Política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la covid-19 en México. Documento rector*, México 2021, pp. 16. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf

Reflexiones finales

En este trabajo, mostramos cómo enfrentaron una pandemia personas mayores de 60 años que tenían padecimientos crónicos en contextos diferenciales y, cómo se vieron afectados en todas las esferas de su vida cotidiana por las medidas tomadas a nivel institucional. Si bien desde la salud pública diversos investigadores señalaron la importancia de los determinantes sociales en la pandemia de covid-19, la construcción de la vulnerabilidad y el riesgo se basaron fundamentalmente en las condiciones biológicas: el grupo de edad y la situación de salud se consideraron determinantes, e incluso las recomendaciones emitidas por el sector salud no fueron fáciles de seguir por las condiciones particulares en que viven.

En la pandemia, ellas y ellos construyeron representaciones y prácticas sobre su padecer, tenían una enfermedad crónica, eran personas mayores, eran vulnerables, estaban en riesgo, hubo restricciones a su movilidad, lo que implicó que se sintieran recluidas en sus propias casas o se sintieran discriminadas al impedirse su ingreso a espacios públicos como mercados o tiendas de autoservicio. Al igual que en otros países, la pandemia de la covid-19 cambió la vida de las personas mayores y, en particular, sus costumbres diarias. Les trajo incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse.²⁴

El confinamiento domiciliario también afectó su interacción social, hubo sentimientos de soledad, pero también conflictos con algunos integrantes de la familia, también hubo problemas económicos en las familias por las restricciones en las actividades productivas. Los roles de género y generación, la condición socioeconómica de las familias, las redes sociales de apoyo, estuvieron presentes, mostrando la importancia de las

²⁴ Ydalsys Naranjo-Hernández, Sunieska Mayor-Walton, Osvaldo de la Rivera-García, y Rigoberto González-Bernal, “Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la covid-19”, *Revista Información Científica*, Cuba, 100(2), e3387, pp. 1-10, Epub 01 de marzo de 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1028-99332021000200004&lng=es&tlng=es

estructuras socio-familiares como factores de contención social, económica y de salud, dado que fueron determinantes para superar problemas socio-sanitarios durante el confinamiento y el distanciamiento social.²⁵

La atención a su padecimiento sufrió inconvenientes, la postergación de consultas, la escasez de medicamentos, si bien durante el proceso de vacunación se les dio prioridad frente a otros grupos de edad y significó una esperanza para que las cosas mejoraran.

La pandemia de covid-19 puso de manifiesto la profunda desigualdad estructural de la población, no solo en México sino en otras partes del mundo,²⁶ hubo importantes consecuencias sociales y económicas por quedarse en casa, posibilidades diferenciales en el acceso a los sistemas de salud y para realizar medidas de autoatención y autocuidado para prevenir el contagio.^{27,28}

En el caso de México, la relación entre diabetes y covid-19 es un claro ejemplo de interacciones sindémicas,²⁹ un conjunto de epidemias entrela-

²⁵ Daniel Esteban Quiroga, Norma Gladys Macías, Efraín Omar Nieva, José Alberto Yuni, y María Gabriela Barros, “Miradas Mayores: desigualdad, incertidumbre y oportunidades en la pandemia. Provincia de Catamarca. Año 2021”, *Notas de Enfermería*, Argentina, vol. 23, núm. 40, 2022, pp. 13-26. <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v23.n40.39575>.

²⁶ Paola Sesia, Lina Berrío Palomo, Sarah Gibbon, Mark Nichter y Rosa María Osorio, “La pandemia Año 2. Experiencias diferenciadas, dilemas compartidos y reflexiones múltiples desde la antropología médica en torno a la covid-19”, *Encartes*, México, vol. 4, núm. 8, 2021, pp. 327-349. <https://encartes.mx/nichter-osorio-gibbon-covid-politica-mexico-inglaterra-eeuu/>

²⁷ Miguel Alejandro Avalos, “#QUÉDATEENCASA: Medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio en contextos de pobreza urbana en Argentina”, en Stella Evangelidou y Ángel Martínez-Hernández, *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19*, Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira I Virgili, 2020, pp. 139-141

²⁸ Eduardo Menéndez, “La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones”, en Stella Evangelidou y Ángel Martínez-Hernández, *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19*, Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 2020, pp.17-24.

²⁹ Merrill Singer, *Deadly Companions: Covid-19 and Diabetes in Mexico*, *Medical Anthropology*, Iowa, Wiley, vol. 39, núm. 8, 2020, pp. 660-665, DOI: 10.1080/01459740.2020.1805742. Disponible en la red.

zadas y que involucran interacciones de enfermedades a nivel biológico que se desarrollan y se sostienen en una comunidad o población debido a condiciones sociales dañinas y conexiones sociales perjudiciales.³⁰

Los resultados destacan la importancia de analizar las condiciones socioculturales, económicas y políticas ante los problemas de salud. Reconocemos que la experiencia del padecer es una construcción socio-cultural que implica considerar a la persona que se encuentra situado en una interseccionalidad, donde se involucran de manera relacional las dimensiones corporales, emocionales, socioculturales, económicas, políticas e ideológicas, aspectos que por sí mismos representan direcciones futuras en la investigación que seguimos realizando.

Bibliohemerografía

- Amezcuca, Manuel, “El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante”, en *Index Enferm*, Granada, España, 30, 2000, pp. 30-35.
- Angel, Jacqueline L., Vega, William, López-Ortega, Mariana. “Aging in Mexico: Population Trends and Emerging Issues”, in *The Gerontologist*, GSA, USA, vol. 57, (2), 1 april 2017, pp. 153–162. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw136>
- Avalos, Miguel Alejandro, “#quédateencasa: medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio en contextos de pobreza urbana en Argentina”, en Stella Evangelidou y Ángel Martínez-Hernández, *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19*, Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 2020, pp. 139-141.

³⁰ Singer y Scott Clair, “Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context”, *Medical Anthropology Quarterly*, USA, Wiley, vol. 17, núm.4, 2003, pp. 428-429.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, *Pobreza y personas mayores en México 2020*, México, 2020, pp. 5-11. [Pobreza_personas_mayores_2020.pdf](http://coneval.org.mx) (coneval.org.mx).
- Espin Falcón, Julio César, Almeida Cardona Adriana, Miret Navarro Lourdes Mariela, González Quintana Marysol, “La covid-19 y su impacto en la salud del adulto mayor”, in *Arch Hosp Univ “Gen Calixto García”*, La Habana, Cuba, vol. 8, núm. 3, 2020, pp. 391-403. <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/568>.
- Fielding, Amanda, “Reseña del covid-19”, *Boletín: Covid-19*. McGraw-Hill Medical. 2020. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2910§ionid=243952794#1173533920>
- Gobierno de México, *Jornada Nacional de Sana Distancia*, México, 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf
- *Lineamiento de Reconversión Hospitalaria*, México, 2020. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- *Política nacional de vacunación contra el virus sars-CoV-2 para la prevención de la covid-19 en México. Documento rector*, México, 2021. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/Pol-Vx_COVID_-11Ene2021.pdf
- *Todo sobre el covid-19*, México, 2020. <https://coronavirus.gob.mx/informacion-accesible/>
- Grishaw Julia, “Covid-19. La pandemia mundial de coronavirus”, en *Boletín: Covid-19*. McGraw-Hill Medical, 2020. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2910§ionid=243952794#1173533920>
- Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados*, 46, México, 2016. http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*, México, 2018. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Jodelet, Denise, “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Sergio Moscovici, *Psicología Social II. Pensamiento y vida social*, Paidós, Barcelona, 1988, pp. 469- 494.
- Kleinman, Arthur, *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, New York, Basic Books, 1988.
- Menéndez, Eduardo, “Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención”, en Roberto Campos-Navarro (coord.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina / Mac Graw-Hill, Interamericana Editores, 2016, pp. 177-185.
- “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos”, en Roberto Campos-Navarro (coord.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina / Mac Graw-Hill, Interamericana Editores, 2016, pp. 297-320.
- “La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones”, en Stella Evangelidou y Ángel Martínez-Hernández, *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19*, Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 2020, pp. 17-24.
- Naranjo-Hernández, Ydalsys, Sunieska Mayor-Walton, Osvaldo de la Rivera-García y Rigoberto González-Bernal, “Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la covid-19”, en *Revista Información Científica*, (Cuba), vol. 100, núm.2, e3387, pp. 1-10, Epub 01 de marzo de 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000200004&lng=es&tlng=es.
- Osorio, Rosa María, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Biblioteca de la medicina tradicional mexicana. México, INI / CIESAS / INAH, 2001.

- “La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en la ciudad de Barcelona: desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas”, en Oriol Romani, Cristina Larrea y José Fernández (coords.) *Antropología de la Medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*. España, Ankulegi Antropologia Elkartea, Donostia, 2008, pp. 157-171.
- Pal, Rimesh and Sanjay K. Bhadada. “Covid-19 and diabetes mellitus: An unholy interaction of two pandemics”, in *Diabetes Metab Syndr*, USA, Jul-Aug 2020, vol. 14, num. 4, pp. 513-517. Disponible en la red. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7202837/>.
- Quiroga, Daniel Esteban, Norma Gladys Macías, Efraín Omar Nieva, José Alberto Yuni y María Gabriela Barros, “Miradas Mayores: desigualdad, incertidumbre y oportunidades en la pandemia. Provincia de Catamarca. Año 2021”, en *Notas de Enfermería*, Argentina, 2022, vol. 23, núm. 40, pp. 13-26. <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v23.n40.39575>.
- Sesia, Paola, Lina Berrio Palomo, Sarah Gibbon, Mark Nichter y Rosa María Osorio, “La pandemia Año 2. Experiencias diferenciadas, dilemas compartidos y reflexiones múltiples desde la antropología médica en torno a la covid-19”, en *Encartes*, México, vol. 4, núm. 8, 2021, pp. 327-349. <https://encartes.mx/nichter-osorio-gibbon-covid-politica-mexico-inglaterra-eeuu>.
- Singer Merrill, “Deadly Companions: Covid-19 and Diabetes in Mexico”, in *Medical Anthropology*, USA, vol. 39, núm. 8, 2020, pp. 660-665, DOI: 10.1080/01459740.2020.1805742. Disponible en la red.
- and Clair Scott, “Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context”, in *Medical Anthropology Quarterly*, USA, Wiley, vol. 17, num. 4, 2003, pp. 423-441.

Capítulo XI

Masculinización, autoritarismo y violencia en la formación académica y profesional médica en México. Una aproximación desde la bioética

Luis Alfonso Munive Valencia, Oliva López Sánchez

Introducción

De manera casi general la ética médica se ha centrado en la relación entre los médicos¹ y los pacientes, dejando fuera de sus consideraciones reflexivas cualquier otro fenómeno que, no obstante, podría estar vinculado con dicha relación. Algo similar sucede con las reflexiones bioéticas relacionadas con la medicina, casi todas giran en torno a la relación clínica que se establece entre los médicos y los pacientes.

Más aún, ambas concepciones, la de la ética médica y de la bioética médica, parten de una tradición que concibe a los agentes morales,² a los conflictos éticos y a las situaciones deliberativas, como entidades homogéneas y unívocas:

¹ Empleo el masculino de manera intencional, toda vez que existe un imaginario que construye la imagen de la persona profesional médica como una persona masculina y/o masculinizada. Cuando empleo el desglose de género en masculino y femenino, o uso la noción de *cuadros profesionales*, *cuadros médicos* o *cuadros profesionales médicos*, refiriéndome a personas concretas que buscan asimilar y encarnar las premisas de dicho imaginario médico.

² Agente, sujeto o actor moral, hace referencia a las personas que cuentan con la capacidad de discernir el bien del mal, lo bueno de lo malo, por lo que un agente moral es quien, además, puede ser responsabilizado por las consecuencias derivadas de sus acciones.

hablan de reglas abstractas que se pueden aplicar imparcial y universalmente, sin importar la relación personal, han dejado de lado este aspecto de la moralidad. De hecho, en muchas ocasiones lo han negado: estas éticas se basan en un ideal de imparcialidad, en el que los intereses de todos y cada uno de los individuos deben contar por igual frente a la moralidad; sin embargo, las relaciones interpersonales son parciales por naturaleza (por ejemplo, las relaciones familiares o de amistad), y por ello chocan con la ética.³

Estas concepciones éticas, entonces, nos dicen muy poco sobre los procesos mediante los cuales son transmitidas las premisas morales, en este caso a los cuadros profesionales médicos,⁴ al dar por cierto que la estructura moral y las reflexiones éticas existen y se desarrollan en los cuadros médicos de forma independiente a las relaciones sociales en las que se vean inmiscuidos.

De esta forma, el personal médico, en tanto agente moral, es percibido como una entidad que trasciende cualquier peculiaridad –como sexo, género, edad, clase, pertenencia étnica, racialización, filiación política o cualquier otra, así como la intersección entre ellas– que pueda definir sus deliberaciones éticas; considerándolo como un ente en plena capacidad para la toma de las mejores decisiones.

³ Gustavo Ortiz Millán, “Ética feminista, ética femenina y aborto”, en *Debate Feminista*, México, vol. 49, 2014, pp. 70-93.

⁴ Empleo el término *cuadros médicos* apelando a la noción de *cuadros profesionales*, la cual puede entenderse como el conjunto de personas que han pasado por un proceso de *socialización* legitimada, sistematizada y certificada académicamente, llegando a incorporar, total o parcialmente, contenidos que se consideran pertinentes para el gremio profesional, convirtiéndolas en agentes especializados en el área y en reproductoras de dichos marcos y esquemas. En esta investigación refiero como *cuadros médicos* a los Médicos Internos de Pregrado (MIP), médicos pasantes y médicos residentes. Para más información relacionada con el término de *cuadros profesionales*, Eliot Freidson, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Madrid, Península, 1978.

Por el contrario, es importante

considerar que el ejercicio de la profesión médica está inserto en instituciones de salud y contextos sociales más amplios que constriñen y habilitan las acciones individuales y colectivas de sus practicantes; se inscribe en contextos socioculturales en los que las dimensiones epistémicas, sociotecnológicas y de la relación de la medicina con otros agentes e instituciones interactúan para generar regímenes diagnósticos que enmarcan los juicios que llevan a la toma de decisiones y a las acciones consecuentes.⁵

En este sentido, las estrategias pedagógicas, relaciones sociales y las prácticas culturales que se encuentran presentes y que son transmitidos durante la formación profesional de las/os médicas/os juegan un papel importante en la configuración de sus esquemas morales, siendo la violencia un elemento recurrente durante dicho proceso formativo. Estos elementos sociales y culturales se anclan en una serie de componentes simbólicos basados en premisas generizadas, particularmente, relacionadas con *Lo Masculino*,⁶ que se han sedimentado a lo largo del tiempo y que han adquirido una noción de legitimidad a través de su

⁵ Adriana Murguía Lores, “El diagnóstico y el sobrediagnóstico de las enfermedades”, Atocha Aliseda y otras, *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 2022, pp. 141-157.

⁶ *Lo masculino* refiere a uno de los componentes que configuran la *Matriz de género*, la cual constituye un ordenador primario de la realidad social. Dicho componente –el de *Lo Masculino*– aglutina aquellas características que son consideradas de mayor prestigio, evolución y complejidad. Estas características, además, son opuestas a las que se otorgan al otro componente, *Lo Femenino*; y entre ellas se puede encontrar la razón y la racionalidad, el valor, el actuar público, el mando o la autoridad, el prestigio, lo práctico o pragmático, la protección y tutela, entre otros. Para mayor profundidad relacionada a la organización simbólica del género y sus alcances en la configuración de sentido social, Estela Serret, “Hacia una redefinición de las identidades de género”, en *GenÉros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, México, año 8, época 2, núm. 9, 2011, pp. 71-98.

reproducción constante, lo cual permite reconocer el carácter *masculino/masculinizante* de la formación médica.

En este sentido, el presente capítulo tiene por objetivo analizar la relación entre determinados componentes simbólicos de *Lo Masculino* con ciertos aspectos identitarios de la profesión médica y, en particular, de sus esquemas morales. Para ello se aborda dicha problemática desde una perspectiva (bio)ética feminista, la cual considera el contexto en el que se desplazan y relacionan los agentes morales como un factor importante para confeccionar sus reflexiones éticas.

Para ello, esta reflexión (bio)ética abreva de una Perspectiva del Palimpsesto y de Género, las cuales buscan, por un lado, rastrear y reconocer los remanentes históricos que dan forma, sostienen y reproducen las manifestaciones sociales y culturales de la profesión médica; y, por el otro, identificar los mecanismos y las prácticas de poder que legitiman la desigualdad entre *Lo Masculino* y *Lo Femenino*, entre los hombres y las mujeres. Todo esto ayuda a comprender las acciones de los cuadros médicos más allá de una mirada individualizante, dando lugar a una mirada que reconoce que las acciones de los cuadros médicos nunca son del todo aisladas e individuales, sino producto de un complejo entramado históricamente sedimentado, culturalmente validado y socialmente promovido.

Las características formativas de la medicina

La profesión médica, en tanto práctica social especializada, ha desarrollado mecanismos para la conformación de contenidos profesionales, los cuales son transmitidos a sus estudiantes con la finalidad de que estos los asimilen, reproduzcan y preserven. Si bien hay claridad en relación con los contenidos teóricos, conceptuales y procedimentales, condensados en una malla curricular, no ocurre lo mismo con las prácticas

culturales, las interacciones y los subtextos que existen dentro de la formación profesional médica.

Esta formación simultánea entre un currículo formalizado y prácticas culturales es el terreno en el que los cuadros médicos aprenden lo que implica *ser un médico*, lo cual conlleva una forma particular de hablar, de relacionarse con los demás, de vestir, de desplazarse en el hospital y de comportarse,⁷ lo que podríamos nombrar parte de contenidos informales denominados *currículum oculto*: un conjunto de saberes, prácticas, discursos y representaciones vinculados con una determinada expectativa identitaria de lo que “debe ser un médico”, construida de manera colectiva e influye en los ejercicios formativos.⁸ Este conjunto de saberes se transmite de formas mucho más sutiles, a partir de las interacciones sociales con miembros autorizados dentro de la profesión médica y son difícilmente reconocidos por los mecanismos educativos formales, tales como la carga curricular o los planes de estudio, lo cual no merma su influencia en la construcción identitaria de “ser médico”.⁹

Entonces, para comprender la configuración identitaria de los cuadros médicos, y dentro de ella sus esquemas morales, es necesario dar cuenta de las lógicas que organizan el proceso formativo y las dinámicas de socialización en las que se ven inmersas/os.

La licenciatura en medicina¹⁰ tiene una serie de peculiaridades formativas que le distinguen de la mayoría de otras profesiones. Por un lado, un extenso proceso formativo, siendo una licenciatura bastante larga y, por el otro, la inmersión paulatina del estudiantado dentro de

⁷ Frederic Hafferty y Brian Castenalli, “The hidden curriculum. A theory of medical education”, en Caragh Brosnan y Bryan Turner, *The handbook of sociological education*, Inglaterra, Routledge, 2009.

⁸ Marcia Villanueva, “*Somos médicos no dioses*”: *Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Tesis de Doctorado en Filosofía de la Ciencia, 2019.

⁹ Frederic Hafferty y Brian Castanalli, “The hidden curriculum. A theory of medical education”, *op. cit.*

¹⁰ Este concepto refiere de forma general a las licenciaturas de médico cirujano, médico cirujano y partero, médico cirujano y homeópata, médico general y comunitario.

espacios profesionales, tal como lo puede ser el hospital, requisito inherente a la formación académica.

Si bien la licenciatura en medicina cuenta con un periodo formativo inicial, con una duración de dos años, cuyo carácter es mucho más teórico y que se realiza mayoritariamente dentro de las instalaciones universitarias –lo que se denomina *ciclos básicos*–, el perfil profesional requiere el acercamiento del estudiantado a las lógicas hospitalarias y a la práctica clínica, lo cual se realiza en los siguientes dos años y medio de la formación universitaria –los llamados *ciclos clínicos*–, y que permiten al estudiantado inmiscuirse en las lógicas hospitalarias a partir de tareas asistenciales, al tiempo que continua su formación académica.

Estos ciclos clínicos, además, son el preludeo a la realización de un internado de pregrado o internado rotatorio –conocido simplemente como internado–, el cual tiene una duración de un año, se realiza durante el quinto año formativo y requiere la inmersión total de los estudiantes –que ahora pasan a ser conocidas/os como médicas/os internas/os de Pregrado, o MIP– en espacios y las prácticas hospitalarias.

La inmersión dentro del hospital por parte de los cuadros médicos se convierte en un momento privilegiado para el estudio de los esquemas profesionales, ya que el hospital constituye un punto geográfico en el que se condensan las prácticas, los discursos, los imaginarios, las estrategias y representaciones de lo que se espera que llegue a ser un médico; “el lugar no es concebido como una simple localización material, sino como una posición discursiva, un ‘mapa’ de significados que buscan ser transmitidos, preservados y reproducidos”.¹¹

En el internado se exige la rotación por las áreas básicas de la medicina (medicina general, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, medicina interna y urgencias), con la intención de adquirir las

¹¹ Paula Soto-Villagrán, “Espacio y género: problemas, momentos y objetos”, en Hortensia Moreno y Eva Alcántara, *Conceptos clave en los estudios de género*. Volúmen 1, México, UNAM / PUEG, 2016, p. 81.

habilidades necesarias para ser considerado como buen médico, lo que implica permanecer por periodos de tiempo prolongado dentro del hospital. Esta permanencia se caracteriza por la rotación de guardias, las cuales, “inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente”.¹²

Es decir, en teoría, tienen una duración aproximada de veinticuatro horas, durante las cuales las/os MIP realizan actividades, tanto de índole académica como profesionalizante, que pueden o no estar sujetas a un programa curricular formalizado, y que van desde la presentación de casos clínicos, elaboración de exposiciones teóricas, el ingreso de pacientes, su valoración, la toma de signos, la solicitud de interconsultas, el llenado de formularios, el desarrollo de actividades burocráticas y, en algunos casos, fungir como asistente de médicos de mayor jerarquía, el traslado de pacientes, la impartición de talleres o charlas. Todas estas actividades se realizan a petición de los médicos¹³ de mayor jerarquía dentro de la estructura organizacional.

Esta permanencia prolongada dentro del hospital implica una inmersión total de la persona a un sistema cultural nuevo, completamente distinto al de los espacios áulicos. Ese nuevo sistema cultural es altamente jerarquizado,¹⁴ marcado por lógicas estructurales como

¹² Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*, México, Secretaría de Salud, 2012, s.p.

¹³ El uso del masculino es intencional, ya que, como muchas otras posiciones sociales privilegiadas, *médico*, ha sido significada en clave masculina. De esta manera, cuando empleo el masculino genérico, hago referencia a figuras históricamente construidas y pensadas en clave arquetípica de Lo Masculino, de tal suerte que figuras como médico, actor, cirujano, profesor, etcétera, son espacios simbólicos densamente permeados por un sesgo androcentrista. En el caso del quehacer médico, el empleo masculino hace referencia a un ideal que aglutina aspectos como la neutralidad, la imparcialidad, lo racional, lo universal, la desafección y, de manera general, con todo aquello que es de interés *humano*.

¹⁴ Marcia Villanueva y Roberto Castro, “Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, vol. 25, núm. 6, pp. 2,377-2,386.

las de género, raza, tono de piel o nivel socioeconómico,¹⁵ en el que se coloca a los estudiantes de nuevo ingreso en el peldaño más bajo de la estructura. Un sistema cultural que, por lo demás, reconoce el uso de la violencia como un recurso legítimo para la formación profesional.¹⁶

Cabe señalar que, el ingreso y la permanencia del estudiantado dentro del hospital es una práctica pedagógica exponencial en la que los cuadros médicos preservan las lógicas inaugurales asimiladas durante los ciclos básicos –tales como las jerarquías, las relaciones de poder, de prestigio, las asimetrías, el individualismo, el desprecio por lo femenino y el uso pedagógico de la violencia¹⁷– al tiempo que incorporan elementos identitarios nuevos, los cuales complejizan y sofistican su identidad profesional.

Dentro de este nuevo sistema cultural existe un contenido informal que se desarrolla de manera paralela a los contenidos oficiales y que, si bien no son reconocidos como parte de la socialización médica formal, constituye “el alma” de la profesión.

Como lo he mencionado, el currículum oculto es una forma paralela dentro de la educación médica, lo cual puede representar un desafío a los procesos educativos formales, toda vez que puede contradecir, ignorar e incluso oponerse a las premisas estipuladas dentro del currículum

¹⁵ En relación con los elementos de género, raza y nivel socioeconómico en la práctica y formación médica, Susan Hinze, “Gender and the body of medicine or at least some body parts”, en *The Sociological Quarterly*, Estados Unidos, vol. 40, núm. 2, 1999, pp. 217-239; Elise Andaya, “Race-ing time: clinical temporalities and inequality in public prenatal care” en *Medical Anthropology*, Estados Unidos, vol. 38, 219, pp. 651-663, y Vania Smith-Oka, *Becoming gods. Medical training in mexican hospitals*, Estados Unidos, Rutgers University Press, 2021.

¹⁶ Marcia Villanueva, “Somos médicos no dioses”. *Una etnografía filosófica de la des-humanización de la medicina*, op. cit.

¹⁷ Roberto Castro y Joaquina Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México, UNAM / CRIM, 2015 y Roberto Castro, “Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica”, en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 10, núm. 2, 2014, pp. 339-351.

oficial,¹⁸ lo cual no limita su eficacia simbólica en la configuración de los esquemas médicos, que forman parte de la noción identitaria del “ser médico”.

Denomino esquemas médicos al conjunto de prácticas, discursos, imaginarios, códigos, valores, afectos, espacios y disposiciones corporales, que forman parte de la representación de *ser médico*, la cual, a su vez, forma parte del “habitus médico”, que

es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo –en primer lugar, los médicos– a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas ‘razonables’ y de ‘sentido común’ posibles en tanto profesionales.¹⁹

Estos esquemas, son promovidos y regulados colectivamente por medio de las estrategias educativas, tanto formales como informales y, encuentran su justificación en los andamios simbólicos sedimentados históricamente; todo lo cual se materializa en un espacio definido y legitimado para dichas funciones, el hospital. De tal forma que “la experiencia de los sujetos se arraiga en las temporalidades y los lugares a los que pertenecen. Un lugar y un tiempo que marcan el tejido de los procesos personales y colectivos. Un lugar y tiempo que tienen sentido no solo como realidad

¹⁸ Frederic Hafferty y Brian Castanalli, “The hidden curriculum. A theory of medical education”, *op. cit.*

¹⁹ Roberto Castro, Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica, *op. cit.*, p. 173.

objetivada, sino también vivida subjetivamente y compartida socialmente. Un tiempo y un espacio marcado por la diferencia.²⁰

De esta forma, la experiencia formativa de los cuadros médicos se nutre de componentes simbólicos materializados en prácticas, discursos y representaciones en el marco de una geografía hospitalaria, en la que imperan pautas y códigos de convivencia que deben ser asimilados, comprendidos y manejados en paralelo a una serie de expectativas curriculares formalizadas en programas de estudio.

La perspectiva de palimpsesto y la sedimentación de los componentes simbólicos

Entonces, explorar los fundamentos de los esquemas propios de la identidad médica y, entre ellos, su disposición moral, formados a partir de las interacciones sociales enmarcadas en educación médica, requiere un ejercicio arqueológico²¹ que permita comprender la manera en que ciertas prácticas, discursos e imaginarios se han asentado a lo largo del tiempo y se han investido de prestigio y legitimidad, reproduciéndose y adquiriendo un estatus canónico.

En este sentido, resulta pertinente explorar a la medicina, sus mecanismos formativos y a sus cuadros profesionales, desde una perspectiva de palimpsesto: “los palimpsestos pueden ser vistos como el resultado de la acumulación y transformación de actividades sucesivas,

²⁰ Paola Soto Villagrán, *Espacio y género: problemas, momentos y objetos*, op. cit., p.77.

²¹ En el sentido foucaultiano, la arqueología implica una metodología encaminada al análisis de los discursos, las prácticas y los dispositivos, los cuales se encuentran vinculados con determinadas formas de enunciación, que permiten operar una noción de certeza a partir de la legitimidad del saber/poder, en este caso médico. La arqueología, por tanto, implica un esfuerzo por desacralizar el conjunto de saberes, discursos, prácticas y dispositivos, y comprender su relación en un marco histórico y social, lo que permite la emergencia, auge y reproducción de los discursos, prácticas y dispositivos, así como de la estructura que les da cauce.

parcialmente preservadas, que generan paisajes mucho más complejos que la mera suma (o resta) de episodios puntuales”.²² Es decir, son un conjunto de capas de significado que, materializados en el presente, condensan una profunda red de eventos y sentidos.

De esta manera, las manifestaciones médicas –las prácticas formativas, tanto formales como informales– exploradas previamente, encuentran en estos sedimentos su razón de ser. En este respecto, consideramos que existen dos *diques simbólicos* que resultan preponderantes para la configuración de las prácticas médicas, por un lado, La Modernidad y sus mecanismos racionales y de objetivación de la realidad, y *Lo Masculino*, y su entramado de elementos que embonan muy bien con ciertas premisas de La Modernidad.

Es ampliamente reconocido –incluso por las propuestas históricas más conservadoras dentro de la medicina– el papel que jugó La Modernidad, como movimiento filosófico en la consolidación profesional de la medicina. De tal suerte que se reconoce que

el origen moderno de la medicina reside en los desarrollos de la biología y en las habilidades técnicas de exploración e intervención (cirugía) y de semiología del interrogatorio, hoy en día la presencia de las tecnologías ha puesto por debajo a cualquier conocimiento y técnica previas, para dejar a la práctica médica al abrigo, al amparo de los desarrollos tecnológicos, tanto en el uso de los métodos y las técnicas de diagnóstico, como en las formas de intervención sobre los cuerpos y en los dispositivos educativos e institucionales de formación y ejercicio de la práctica médica.²³

²² Carolina Somonte y Carlos Baied, “El palimpsesto como una puerta de acceso a diferentes temporalidades: el caso del río las salinas 2 (Tucumán, Argentina)”, en *Estudios Atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*. Chile, núm. 55, 2017, p. 36.

²³ Manuel Outón Lemus, “Ethos médico y Techné”, en María Chapela Mendoza, *Ser Médico. Relatos, historia y reflexiones en búsqueda de su elusiva esencia*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2019, p. 101.

Es a partir de estos conocimientos desarrollados por La Modernidad que la medicina logra incorporar elementos como la objetividad, el positivismo, el determinismo y el reduccionismo, estableciendo los parámetros de cómo se debe hacer medicina, invistiéndola de un halo de incuestionabilidad.

La modernidad se construye bajo la premisa de un modelo lineal, orientada a una supuesta mejora y desarrollo constantes, sustentándose en los principios de objetividad, desafección, imparcialidad, generalidad, universalidad, tecnificación, descorporeidad, racionalidad, independencia, poder, heroicidad, valentía, liderazgo, libertad, fuerza, apego a la realidad, progreso, individualidad, independencia y la practicidad en el espacio público;²⁴ a partir de los cuales se consideran innecesarias las particularidades del contexto, el sujeto y el objeto de estudio; más aún, la Modernidad y sus modelos generales de pensamiento fueron construidos considerando la figura del Hombre –en abstracto– como elemento paradigmático,²⁵ toda vez que se monopolizó la razón como un atributo masculino.

Así, desde esta tradición moderna,

heredamos una idea del conocimiento como algo ‘objetivo’, y mediante la facultad de la razón, separada nítidamente de la naturaleza, luchamos por lograr la objetividad. Según este punto de vista, la razón es soberana y constituye la fuente de conocimiento. Como la razón es una facultad universal puede producirnos conocimiento objetivo e imparcial. La misión de la razón es discernir las leyes que rigen el mundo empírico de la naturaleza. Como hasta cierto punto la naturaleza ha sido convertida en una materia inerte, esto le da su realidad particular. La naturaleza es real, pero carece de conciencia y de valor.

²⁴ Victor Seidler, *La sinrazón masculina*, México, UNAM, PUEG, 2000 y Celia Amorós, *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Madrid, Cátedra, 1991.

²⁵ Amparo Moreno Sardá, *¿De qué hablamos cuando hablamos de hombres?*, Barcelona, Icaria, 2011.

Existe como algo separado e independiente de la conciencia que está tratando de captarla, lo cual establece el realismo de una tradición positivista. Para esta visión de la Ilustración es fundamental mantenerla división entre conciencia subjetiva y el mundo objetivo que trata de entender. Ésta es la distinción predominante entre sujeto y objeto. De modo que estamos alejados como sujetos del mundo objetivo que tratamos de captar. El mundo social, entendido según el punto de vista positivista, existe independientemente de las relaciones y las prácticas humanas. [...] existimos como mentes que tratan de captar el mundo del que estamos apartados. Es como si, en cuanto seres naturales, no estuviéramos fundados en el mundo empírico, aun cuando nuestro cuerpo sea parte de él. Nuestra identidad se establece en nuestra mente, o conciencia, que no existe como parte del mundo que intenta comprender. Nuestras emociones y nuestros sentimientos forman parte del mundo empírico como objetos que necesitan ser conocidos, y no como aspectos de un sujeto cognoscente.²⁶

Esta escisión entre el sujeto y el objeto de conocimiento configura una idea de mayor veracidad, la cual ensambla muy bien con la noción extendida de que la racionalidad representaba una facultad casi monopolítica de los hombres²⁷ y por ende masculinizada, lo cual motiva que, quienes pretendan incorporar esa noción de objetividad, imparcialidad y veracidad, deberán *masculinizarse*. La objetividad, la imparcialidad y la distancia con el objeto de estudio son características que no solo son bien valoradas dentro de la profesión médica, sino que, además, constituyen una exigencia constante y forman parte de la representación y el discurso formativo en el que se ven inmersos las/os estudiantes.

Más aún, esta exigencia por encarnar la objetividad se convierte en un entrenamiento que promueve la desafección de las/os médicas/os

²⁶ Victor Seidler, *La sinrazón masculina*, op. cit., p. 53.

²⁷ Moreno Sardá, *¿De qué hablamos cuando hablamos de hombres?*, op. cit.

en formación, a partir de expresiones como “si lloras no le vas a servir de nada al paciente”, “¿Ya vas a llorar?”, “Si eres muy emocional, no sirves para medicina porque vas a tomar malas decisiones”;²⁸ aprenden que el ejercicio de la medicina no solo es antitético de los estados emocionales, sino que, además deben existir mecanismos de vigilancia y regulación constante en relación con dichas manifestaciones.

Por otro lado, en los últimos años existe una tendencia por decir que la medicina es una profesión *feminizada*, debido al incremento de la población de mujeres.²⁹ No obstante, es necesario contravenir estas afirmaciones toda vez que el sustrato simbólico de la práctica médica es, en esencia, masculino. Uno de los primeros indicadores que podrían mencionarse como síntoma de esta condición masculina en la medicina es la forma de organización. Es sabido que:

El campo médico es un espacio altamente jerarquizado que responde a una estructura tanto material como simbólica. Por un lado, la organización de los sistemas de salud está cimentada en jerarquías que sirven para distinguir los distintos niveles de atención médica, mientras que el funcionamiento de los hospitales se yergue sobre una cadena de mando muy rígida que clasifica a las y los médicos por sus nombramientos administrativos (por ejemplo, jefe de servicio) y por su nivel de especialización (estudiante, generalista,

²⁸ Estas expresiones fueron recabadas de mi trabajo de investigación, Alfonso Munive-Valencia, *Masculinización, autoritarismo y violencia en la formación académica y profesional médica en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Tesis de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Manuscrito inédito.

²⁹ Por ejemplo, Patrizio Petrone, “La feminización de la medicina”, en *Revista Colombiana de Cirugía*, Colombia, núm. 33, 2018, pp. 132-134; Carmina Flores-Domínguez, Diego Meraz Avila y Denise Niza Benardete Harari, “La mujer en la medicina del siglo XXI”, en *Educación Médica*, (Madrid), vol. 8, núm. 5, 2019, pp. 325-328, y María Candela Wiedmann, Ignacio Paniagua González y Rosana Gerometta, “La feminización de la medicina en las facultades de Latinoamérica”, en *Revista de Investigación Científica y Tecnológica*, Paraguay, vol. 7, núm. 1, pp. 103-114.

residente y especialista). Por otro lado, se establecen jerarquías entre los subcampos médicos (clínica, salud pública, biomedicina), entre las instituciones educativas y de salud, y entre las especialidades médicas. Imbricadas entre sí, estas múltiples clasificaciones jerárquicas forman parte de la compleja estructura del campo médico con base en la cual se divide el trabajo y se distribuye el prestigio.³⁰

El prestigio constituye una característica masculina en sí misma, no obstante, podemos ejemplificar para tener mayor claridad al respecto. De forma general, las especialidades médicas se pueden agrupar en tres áreas: las clínicas, encargadas de prevenir enfermedades, elaborar diagnósticos y brindar atención y tratamiento; las de laboratorio, también conocidas como “de apoyo”, tienen poco contacto con el paciente y se enfocan en la elaboración de estudios, especializadas para un diagnóstico; y las quirúrgicas, las cuales implican el uso de tecnología y técnicas invasivas que intervienen sobre el cuerpo de los pacientes, son de índole curativa.

Las especialidades quirúrgicas son las de mayor prestigio ya que condensan una serie de prácticas fácilmente identificables con *Lo Masculino*: es una práctica pública, se realiza a la vista de otras personas, se reconoce su capacidad para *hacer cosas y saber cómo hacerlas*, así como por tener una injerencia inmediata en la realidad, transformándola y exponiendo resultados tangibles, observables,³¹ y pueden desarrollarse estrategias heroicas que permitan *salvar la vida* del paciente.³²

³⁰ Marcia Villanueva, “‘El alfa es el cirujano’: estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas”, en *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, México, vol.9, 2023, pp. 1-31.

³¹ Cecilia Calderón-Aguilar, “Hacia una filosofía de la cirugía”, en Atocha Aliseda y otras, *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*, op. cit, pp. 41-60 y Juan Domingo Porras-Hernández, “Enseñanza y aprendizaje de la cirugía”, en *Investigación en educación médica*, México, vol. 5, núm. 20, 2016, pp. 261-267.

³² Michael Brown, “Like a Devoted Army”: Medicine, Heroic Masculinity, and the Military Paradigm in Victorian Britain, en *Journal of British Studies*, Inglaterra, vol. 49, núm. 3, 2010, pp. 592-622.

Además, esta composición en clave masculina de las especialidades quirúrgicas se ve reflejada en la menor participación de las mujeres dentro de estas especialidades,³³ en las prácticas de exclusión, discriminación y violencia que viven,³⁴ o en la exigencia de tener un desempeño extraordinario y encarnar premisas masculinas, tales como la disciplina, la seriedad, el orden y el honor.³⁵ Todos estos componentes, además de reforzar y reproducir una serie de estereotipos de género, adquieren un sentido de *naturalidad*, lo cual les convierte en incuestionables y, por ende, difícil de ser reconocidos por los cuadros profesionales médicos.

La socialización médica, el uso de la violencia y la masculinización de los cuadros médicos

Estos contenidos simbólicos, como lo he mencionado, son transmitidos a los cuadros médicos por medio de un complejo sistema de aprendizaje no formalizado que denominamos *currículum oculto*, el cual subvierte los contenidos académicos formalizados.

Dentro de estos contenidos informales empleados en la conformación del ser Médico, el empleo de abusos y maltratos –la extensión de las jornadas de trabajo, los castigos corporales, la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas tales como comer, ir al baño o dormir; el

³³ Marcia Villanueva, “‘El alfa es el cirujano’: estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas”, *op. cit.*; Leticia Osornio y Laura Palomillo y “Presencia de las mujeres en las especialidades médicas. Una mirada desde la Perspectiva de Género”, en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, México, núm. 4, 2015, pp. 1706-1728.

³⁴ Vanina Pagotto, Diego Giunta y Adriana Dawinowski, “Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario”, en *Medicina*, Buenos Aires, vol. 80, núm. 3, 2020, pp. 219-228.

³⁵ Ana Olivia Cortés-Flores y otros, “Medicina académica y género. Las mujeres en especialidades quirúrgicas”, en *Gaceta Médica de México*, México, vol. 141, núm. 4, 2005, pp. 341-344; con relación al honor y su vinculación con la medicina Robert Nye, “Medicine and science as Masculine ‘Fields of Honor’”, en *Osiris. Women, Gender and Science: New Directions*, Chicago, vol. 12, pp. 60-79.

acoso y hostigamiento, la violencia física y psicológica– siempre son una posibilidad,³⁶ la cual puede ser percibida como un insumo de gran valor, toda vez que confiere un sentido de pertenencia colectiva y de identidad profesional: aquellos que toleren dichas prácticas serán reconocidos como profesionistas competentes, devendrán médicos.

Devenir médico implica un reconocimiento público por parte de otros autorizados respecto a la adquisición de los conocimientos y habilidades que se consideran necesarios para el ejercicio profesional médico. Esto es, devenir médico no solo refiere al hecho de incorporar la representación de ser Médico, sino que, además representa una serie de actos performativos que confieren la legitimación colectiva sobre dicha incorporación. Por ejemplo, cuando un profesor se dirige a los estudiantes por la palabra doctor a pesar de ser estudiantes³⁷ o en la invitación de médicos de mayor rango a participar de procedimientos quirúrgicos por considerar al invitado con las suficientes habilidades y pericia profesional.³⁸

- ³⁶ Soledad Ramírez Galván Rasgado, *La formación de la identidad profesional médica entre las y los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca: un estudio etnográfico*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Tesis de Maestría en Antropología Social, 2020; Viaani Mendoza López, *'Al calor de la práctica': Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Tesis de Maestría en Antropología Social, 2020; Roberto Castro, *Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica*, *op. cit.*; Marcia Villanueva, "Medical training as a transformative experience: an analysis of doctorhood to question the professional identity formation paradigm", en *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, Estados Unidos, 2020, pp. 415-433, y Marcia Villanueva, "Somos médicos no dioses". *Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina*, *op. cit.*
- ³⁷ Roberto Castro, *Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica*, *op. cit.*
- ³⁸ Víctor Payá y Pedro Alberto Bracamonte, *Hombres y mujeres de blanco. Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas*, México, UNAM / FES Acatlán, 2019.

Este devenir médico nunca se da de forma unívoca, sino que se presenta de manera pendular, lo cual permite comprender porque el sistema de sanciones y castigos es tan vigente en el sistema médico: se castiga, humilla, sanciona, reprende a aquel estudiante o médico en formación que se considera que no ha asimilado la representación de lo que implica *ser médico* o que no se performa de manera adecuada las improntas de la galenidad.

La galenidad³⁹ refiere a la identidad profesional de los médicos, la cual representa la brújula que orienta las acciones y prácticas, tanto colectivas como individuales, de la medicina. La galenidad hace referencia a una configuración simbólica que aglutina atribuciones que emulan *Lo Masculino*, tales como la racionalidad, el control emocional y el dominio de expresiones corporales, la heroicidad, la desafección, la individualidad, la sabiduría, el liderazgo y la autoridad; ser justo, empático y resolutivo, así como protector de la indefensión; el contar con enormes conocimientos técnicos y humanos; ser resistentes y resilientes, económicamente exitoso, contar con reconocimiento y prestigio social y profesional.⁴⁰ Como puede verse, la noción de galenidad construye una imagen estereotipada del personal médico cercana a lo que podría considerarse una deidad. Este insumo simbólico, configura las bases sobre las que se erigen las prácticas, discursos e imaginarios que moldean y modulan a los cuadros médicos.

De esta forma, encarnar las premisas que se consideran inherentes a la noción de galenidad, es decir, a la identidad profesional deseada, implica mecanismos constantes de supervisión-sanción-corrección, en los que la violencia –con sus múltiples formas y manifestaciones– constituyen un

³⁹ Marcia Villanueva, “Somos médicos no dioses”. *Una etnografía filosófica de la des-humanización de la medicina*, *op. cit.*

⁴⁰ Marcia Villanueva, “Medical training as a transformative experience: an analysis of doctorhood to question the professional identity formation paradigm”, *op. cit.* y Marcia Villanueva, “‘El alfa es el cirujano’: estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas”, *op. cit.*

ejercicio que es reconocido y asimilado como inherente. Así, el empleo de la violencia durante la formación médica no solo se ha constituido como una práctica cotidiana, sino que, además adquiere un sentido legitimador e incluso de prestigio, lo cual representa una exigencia por sobrellevarla: se espera que las personas que se forman como médicas reconozcan a la violencia como un insumo pedagógico y como una experiencia que consolide un estatus de excepcionalidad profesional, de medicina no cualquiera egresa.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo se ha problematizado la concepción tradicional que existe en relación con las/os estudiantes de medicina en tanto agentes morales, para dar cuenta del papel que juega el proceso formativo, particularmente el que se lleva a cabo durante su estancia en el hospital –como puede ser en su internado médico de pregrado–, en el que la puesta en marcha de contenidos informales, vertidos en un currículum oculto.

Este currículum oculto debe pensarse no como un elemento irrelevante, sino como un aspecto constitutivo de la identidad médica y, por tanto, de sus esquemas morales. Partiendo de los resultados de múltiples investigaciones se ha podido constatar que la violencia no solo es una experiencia recurrente durante la formación médica, sino que, además, cuenta con un reconocimiento y una legitimidad anclada en una serie de componentes simbólicos relacionados con *Lo Masculino*.

Estos componentes simbólicos no solo encuentran paralelismos con el prototipo profesional médico, el de galenidad, sino que parece establecer una relación en la que reviste y dota de sentido a dicha configuración simbólica profesional. La galenidad, entonces, abreva diversos aspectos provenientes de *Lo Masculino*, exigiendo, así, que durante las prácticas formativas se transmitan, asimilen y emulen dichos componentes.

Por tanto, podría decirse que la formación médica aspira a que sus cuadros profesionales adquieran características masculinas, que *se masculinicen*, independientemente de sus características sexuales. De esta manera, *ser médico* implica encarnar condiciones de galenidad-masculinidad, las cuales resultan problemáticas para las aspiraciones (bio)éticas médicas, que pugnan, de forma constante, por condiciones como la empatía, el humanismo, la calidez y la atención personalizada.

Por último, me parece adecuado cerrar con la afirmación de Segato:

La repetición de la violencia produce un efecto de normalización de un paisaje de crueldad y, con esto, promueven la gente los bajos umbrales de empatía indispensables para la empresa predadora. la crueldad habitual es directamente proporcional a formas de gozo narcisístico y consumista, y al aislamiento de los ciudadanos mediante su desensibilización al sufrimiento de los otros.⁴¹

Si somos incapaces de explorar el papel que la violencia, en tanto mecanismos de socialización y de enseñanza/aprendizaje, juega durante la formación médica, no podremos reconocer el carácter colectivo de dicho fenómeno y seguiremos atribuyendo las prácticas de abuso y violencia médicas a sujetos individuales, los cuales serán vistos simplemente como unas pocas “manzanas podridas”.

⁴¹ Rita Laura Segato, *Contrapedagogías de la crueldad*, Argentina, Prometeo Libros, 2018.

Bibliohemerografía

- Amorós, Celia, *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Madrid, Cátedra, 1991.
- Andaya, Elise, “Race-ing time: clinical temporalities and inequality in public prenatal care” en *Medical Anthropology*, Estados Unidos, vol. 38, núm. 219, pp. 651-663.
- Brown, Michael, “Like a Devoted Army”: Medicine, Heroic Masculinity, and the Military Paradigm in Victorian Britain, en *Journal of British Studies*, Inglaterra, vol. 49, núm. 3, 2010, pp. 592-622.
- Calderón-Aguilar, Cecilia, “Hacia una filosofía de la cirugía”, en Atocha Aliseda y otras, *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*, México, UNAM / IIF, 2022, pp. 41-60.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México, UNAM / CRIM, 2015.
- Castro, Roberto, “Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica”, en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 10, núm. 2, 2014, pp.339-351.
- Cortés-Flores, Ana Olivia y otros, “Medicina académica y género. Las mujeres en especialidades quirúrgicas”, en *Gaceta Médica de México*, México, vol. 141, núm. 4, 2005, pp. 341-344.
- Flores-Domínguez, Carmina, Diego Meraz Avila y Denise Niza Benardete Harari, “La mujer en la medicina del siglo XXI”, en *Educación Médica*, Madrid, vol. 8, núm. 5, 2019, pp. 325-328.
- Freidson Eliot, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Madrid, Península, 1978.
- Hafferty, Frederic y Brian Castenalli, “The hidden curriculum. A theory of medical education”, en Caragh Brosnan y BryanTurner, *The handbook of sociological education*, Inglaterra, Routledge, 2009.

- Hinze, Susan, "Gender and the body of medicine or at least some body parts", en *The Sociological Quarterly*, Estados Unidos, vol. 40, núm. 2, 1999, pp. 217-239.
- Mendoza López, Viaani, '*Al calor de la práctica*': *Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxca*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Tesis de Maestría en Antropología Social, 2020.
- Moreno Sardá, Amparo, *¿De qué hablamos cuando hablamos de hombres?*, Barcelona, Icaria, 2011.
- Munive-Valencia, Alfonso, *Masculinización, autoritarismo y violencia en la formación académica y profesional médica en México*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Manuscrito inédito.
- Murguía Lores, Adriana, "El diagnóstico y el sobrediagnóstico de las enfermedades", Atocha Aliseda y otras, *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*, México, UNAM / IIF, 2022, pp. 141-157.
- Nye, Robert, "Medicine and science as Masculine 'Fields of Honor'", en *Osiris. Women, Gender and Science: New Directions*, Chicago, vol. 12, pp. 60-79.
- Ortiz Millán, Gustavo, "Ética feminista, ética femenina y aborto", en *Debate Feminista*, México, vol. 49, 2014, pp. 70-93.
- Osornio, Leticia y Laura Palomillo, "Presencia de las mujeres en las especialidades médicas. Una mirada desde la Perspectiva de Género", en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, México, núm. 4, 2015, pp. 1,706-1,728.
- Outón Lemus, Manuel, "Ethos médico y Techné", en María Chapela Mendoza, *Ser Médico. Relatos, historia y reflexiones en búsqueda de su elusiva esencia*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2019, p. 101.

- Pagotto, Vanina, Diego Giunta y Adriana Dawinowski, “Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario”, en *Medicina*, Buenos Aires, vol. 80, núm. 3, 2020, pp. 219-228.
- Payá, Víctor y Pedro Alberto Bracamonte, *Hombres y mujeres de blanco. Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas*, México, UNAM / FES Acatlán, 2019.
- Petrone, Patrizio, “La feminización de la medicina”, en *Revista Colombiana de Cirugía*, Colombia, núm. 33, 2018, pp. 132-134.
- Porras-Hernández, Juan Domingo, “Enseñanza y aprendizaje de la cirugía”, en *Investigación en educación médica*, México, vol. 5, núm. 20, 2016, pp. 261-267.
- Ramírez Galván Rasgado, Soledad, *La formación de la identidad profesional médica entre las y los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca: un estudio etnográfico*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Tesis de Maestría en Antropología Social, 2020.
- Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*, México, Secretaría de Salud, 2012, s.p.
- Segato, Rita Laura, *Contrapedagogías de la crueldad*, Argentina, Prometeo Libros, 2018.
- Seidler, Victor, *La sinrazón masculina*, México, UNAM / PUEG, 2000
- y Celia Amorós, *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Madrid, Cátedra.
- Serret Estela, “Hacia una redefinición de las identidades de género”, en *GenÉros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, México, año 8, época 2, núm. 9, 2011, pp. 71-98.
- Smith-Oka, Vania, *Becoming gods. Medical training in mexican hospitals*, Estados Unidos, Rutger University Press, 2021.
- Somonte, Carolina y Carlos Baied, “El palimpsesto como una puerta de acceso a diferentes temporalidades: el caso del río las salinas 2

- (Tucumán, Argentina)”, *Estudios Atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*. Chile, núm. 55, 2017, p. 36.
- Soto-Villagrán, Paula, “Espacio y género: problemas, momentos y objetos”. En Hortensia Moreno y Eva Alcántara, *Conceptos clave en los estudios de género. Volúmen 1*, México, UNAM / PUEG, 2016, p. 81.
- Villanueva, Marcia, “‘El alfa es el cirujano’: estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas”, en *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, México, vol. 9, 2023, pp. 1-31.
- “Medical training as a transformative experience: an analysis of doctorhood to question the professional identity formation paradigm”, en *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, Estados Unidos, 2020, pp. 415-433.
- “*Somos médicos no dioses*”. *Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Tesis de Doctorado en Filosofía de la Ciencia, 2019.
- y Roberto Castro, “Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, vol. 25, núm. 6, pp. 2,377-2,386.
- Wiedmann, María Candela, Ignacio Paniagua González y Rosana Gerometta, “La feminización de la medicina en las facultades de Latinoamérica”, en *Revista de Investigación Científica y Tecnológica*, Paraguay, vol. 7, núm. 1, pp. 103-114.

Capítulo XII

Dilemas bioéticos alrededor del VIH en nuestro tiempo

Leonardo Bastida Aguilar

Hace cuatro décadas se documentaron los primeros casos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo. En junio de 1981 se reportaron los casos de cinco hombres jóvenes hospitalizados por neumonía en Los Ángeles, cuyas complicaciones inusuales provocaron un desenlace fatal.¹ Al poco tiempo se fueron diagnosticando casos similares, o de Sarcoma de Kaposi, en varias ciudades de Estados Unidos. La mayoría de estos, en hombres homosexuales, por lo que surgió un estigma alrededor de la nueva enfermedad, asociándola irremediabilmente a la orientación sexual de las personas. Un año después, diversos datos epidemiológicos revelaban que sus vías de transmisión eran la sexual, pero también la sanguínea y la materno infantil.²

Al poco tiempo se halló que el detonante de lo que había sido nombrado como el “cáncer gay” era el virus de inmunodeficiencia humana. Este descubrimiento permitió el desarrollo de las primeras pruebas de detección.³ A la par, en los medios de comunicación se publicaban o

¹ HIV.GOV. A Timeline of HIV and AIDS, consultado el 1 de mayo de 2024. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline>

² José Alcamí. *Introducción. Una breve historia del sida en Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, España, vol. 26, Supl. 11, 2008, p. 2.

³ *Ibid*, p. 3.

transmitían noticias referentes a la aparición de más casos y de nuevas suposiciones sobre las formas de transmisión, historias plagadas de escándalos y sobre defunciones de personas relevantes en el activismo LGBT y de respuesta al VIH.

Hacia finales de la década de los ochenta, se conmemoró por primera vez el 1 de diciembre, como Día de Respuesta al VIH, quedándose como una fecha de conmemoración anual. Ante la falta de tratamientos, grupos de activistas comenzaron a organizarse para exigir el desarrollo de medicamentos y recibir atención adecuada. Posteriormente su lucha se enfocaría en que los fármacos disponibles llegaran al mayor número de personas posibles.

Después del descubrimiento de fármacos con altos índices de efectividad, anunciados en 1996, durante la Conferencia Internacional de Sida, comenzó una etapa de esperanza en la que la toma correcta de los mismos permitía mantener una esperanza de vida cada vez más prolongada, por lo que la necesidad comenzó a ser el acceso universal a los tratamientos.

Otros temas han cruzado la temática desde sus inicios, el desarrollo de una vacuna, la comprensión de que cualquier persona pudiera infectarse del virus, decenas de mitos aún prevalecientes sobre su transmisión, los recursos disponibles, entre muchos otros. Los cuales, en diferentes momentos, han implicado debates bioéticos, en algunos casos, aún vigentes.

El presente capítulo pretende contribuir a la revisión de los principales debates bioéticos en la materia y su estatus actual a fin de propiciar el diálogo y la elaboración conjunta de nuevas estrategias de análisis y de reflexión en abono a nuevos posibles caminos de respuesta a una de las pandemias más debatidas de nuestros tiempos.

Morales trastocadas

La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, por lo que de facto su aparición en la escena pública derivó en la apertura de una serie de cuestionamientos a ciertas formas de vivencia de la sexualidad y distintos hábitos relacionados con la misma. “Puso de manifiesto los valores culturales, sociales y morales más profundos de una sociedad, a la vez, que puso a prueba a esos mismos valores”.⁴ Por lo que jugó un papel doble, al llevar a cada sociedad a resignificar sus valoraciones en torno a la sexualidad y al ejercicio de la misma, pero también provocó el cuestionamiento de cada uno de estos constructos axiológicos, en algunos casos, de tal manera que tuvieran que superarse.

Sin embargo, una de las grandes barreras a las que se enfrentó el VIH y quienes eran diagnosticados con el mismo, eran los constructos culturales vigentes, la falta de información certera y precisa, y los prejuicios alrededor de la infección. “Se sabía poco o nada y las personas se dejaban persuadir por cualquier discurso”.⁵ Un desafío que no ha terminado de sortearse y continúa impactando en la diseminación de ciertas ideas, incluso de corte negacionista.

El VIH no solo ha sido un tema relacionado con la infectología, la virología o la medicina, sino que se le ha calificado como una condición de salud de lo moral y de lo social debido a que ha impulsado la transformación de ciertos hábitos sociales por lo que va más allá de lo estrictamente sanitario. Más bien, los problemas éticos y morales derivados del mismo requieren de un enfoque ético social para su análisis.⁶

El anclaje del VIH en cada sociedad, su forma de definirlo y las respuestas y las soluciones que se le han dado, derivan de los constructos

⁴ Mark Platts. *Sida, aproximaciones éticas*, México, UNAM, 1996, p. 8.

⁵ Carlos Monsiváis. *El sida y el sentido de la urgencia*, en Mark Platts *Sida, aproximaciones éticas*, México, UNAM, 1996, p. 83.

⁶ Diego Gracia. *Ética del sida*, en *4º Seminario de Atención Farmacéutica*, España, 2004, p. 61.

sociales de la misma, por lo tanto, para su análisis ético y bioético⁷ se requiere partir de la noción de moralidad social, la cual, va mucho más allá de la propia situación sanitaria, debido a que sugiere una mirada crítica a todos esos valores arraigados,⁸ e incluso, considerados en algún instante como incuestionables, y por lo tanto, severamente influyentes en múltiples decisiones.

La construcción de un campo de reflexión bioética

Desde un comienzo, la aparición del VIH en la escena pública implicó una serie de debates éticos debido a las complejidades derivadas del mismo y a la respuesta de las sociedades y las instituciones hacia la situación. En un principio, propuestas como las de Reamer,⁹ quien asumía que el escenario requería de la toma de decisiones difíciles, planteaban la urgencia de la reflexión ética sobre ciertas problemáticas particulares que se presentaban a una década de comenzar a atenderse la situación en los servicios de salud, aunque todavía en un contexto de desolación y de asociación de la infección del virus con lo fatal debido a una

⁷ José Narro y otros autores, plantean que la diferencia entre ética médica y la bioética consiste en que la ética médica se refiere exclusivamente a la búsqueda del bien en los seres humanos enfermos y de aquellos en quienes se intenta promover la salud, mientras la bioética aborda todos los problemas inherentes a la vida. En este artículo se toma en cuenta la propuesta de definición de bioética de Hincapie Sánchez y Medina Arellano, que indica que esta es “un puente” entre dos culturas que, no obstante, al mostrarse como autónomas e independientes, fundan sus objetivos en el conocimiento y en la preservación de la vida; se trata, de un lado, de las ciencias de la salud, que han puesto su mirada en los avances que puedan mejorar la calidad y durabilidad de la vida; y de otro lado, las ciencias humanas, que muestran su disposición para analizar los valores que permiten al ser humano generar mejores condiciones para vivir en sociedad”. Cuyas características son la multidisciplinareidad, la pluralidad y la laicidad, lo social, formativa e informativa y jurídica.

⁸ Mark Platts. *Sida, aproximaciones éticas*, op. cit., p. 9.

⁹ Frederic Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, p. 15.

falta de respuestas terapéuticas para su control o su posible eliminación del organismo.

Parte de esas problemáticas detectadas por el autor, y otras y otros especialistas, consistían en el respeto o no de la privacidad de una persona diagnosticada con el fin de evitar otras posibles infecciones, el uso de tratamientos médicos experimentales y no aprobados por las autoridades correspondientes, el derecho o no del personal de salud para negarse a atender a una persona con VIH, la posibilidad de la aplicación de pruebas de detección de VIH para la contratación de una persona o como condicionantes para la adquisición de un seguro médico, la exigibilidad de derechos por parte de personas y grupos organizados a fin de que las instituciones y los gobiernos cumplan con ciertas obligaciones o el deber moral de las personas con VIH para proteger a terceros.

Aunada a la realidad de que los primeros debates éticos alrededor del mismo estaban asociados a la homofobia existente en los servicios de salud, siguiéndole otros como la apertura de servicios médicos especializados en los centros de salud, la universalidad del tratamiento, la prevención de nuevas infecciones, los métodos de investigación para el desarrollo de nuevos medicamentos o vacunas a pesar de la posibilidad de acarrear nuevas infecciones.

Desde el campo de la bioética, con énfasis en aquella producida en el contexto hispanoamericano, se han propuesto dos formas de abordaje de los dilemas y paradojas morales éticas asociadas al VIH. La de Mark Platts, consistente en la segmentación de las temáticas en tres grandes bloques: ciencia, salud pública y social, con el objetivo de analizar el papel específico de ciertos sectores clave en la respuesta a esta pandemia, así como sus posibles intersecciones entre dichos bloques, y la de Diego Gracia, quien propone una división histórica del devenir del VIH en dos, la década de los ochenta y mediados de los noventa, antes de la irrupción pública de los medicamentos antirretrovirales con alta eficacia, momentos en que uno de los principales problemas era la fatalidad de la infección, y de la década de los noventa en adelante,

cuando el VIH se transforma en una enfermedad crónica y deja atrás esa letalidad de la infección para pasar a ser una condición de salud medicamente controlable.

A propósito de esta reflexión, se realizó una combinación de ambas posturas, analizando los tres grandes bloques temáticos propuestos y sus intersecciones entre cada uno de ellos, siguiendo la segmentación de tiempo propuesta por Gracia, pero añadiendo un tercer rango de tiempo, a partir del momento en que se asegura la posibilidad de que una persona con VIH alcanza niveles de indetectabilidad y de intransmisibilidad,¹⁰ pues este paradigma ha vuelto a cambiar las respuestas a la situación y la redefinición de la misma, así como la resignificación ontológica del vivir con VIH y las nuevas condiciones de vida derivadas de este nuevo enfoque.

La ciencia enfocada al VIH

Uno de los mayores retos científicos a los que se enfrentó la ciencia desde el comienzo del registro de los primeros casos fue el de resolver la pregunta sobre qué era lo que estaba provocando la situación, cuál era la causa de esa “extraña enfermedad” y el por qué ocurría o cómo se podía transmitir.¹¹

Sin embargo, la contestación de esas preguntas resultaba complicada debido a que se suscitó una serie de conductas de estigmatización hacia los grupos de la población en los que se estaban diagnosticando más casos como eran los hombres homosexuales, los usuarios de drogas

¹⁰ Las personas que viven con el VIH que siguen un tratamiento antirretroviral y que tienen un nivel indetectable de VIH en su sangre no presentan ningún riesgo de transmitir el virus sexualmente (ONUSIDA, 2018).

¹¹ En 1983 se aísla por primera vez al agente causal del sida en el Instituto Pasteur de París. En 1985, dos grupos de investigadores norteamericanos confirman estos hallazgos y se secuencian el virus completamente. Se le acuña el nombre de virus de inmunodeficiencia humana.

inyectables y las personas de origen haitiano, quienes, temiendo por la vulneración de su privacidad y la estigmatización social no accedían a brindar información que ayudara a tener una mejor comprensión de la situación. Así que el primer reto por parte de investigadores clínicos y médicos consistió en garantizar la confidencialidad de las personas diagnosticadas¹² a fin de poder recurrir a ellas como fuentes de información para estudios de comportamiento y de epidemiología.

Si bien el debate sobre la necesidad de proteger o no la identidad de quienes resultaban con un diagnóstico reactivo estuvo presente a lo largo de toda la década de los ochenta y parte de los noventa, comenzaron otro tipo de cuestionamientos. Los primeros de ellos fuertemente vinculados con la necesidad del desarrollo de un medicamento para “curar” a la enfermedad, o el de una vacuna para su prevención.

Para lo anterior, se comenzaron a formar grupos de especialistas para llevar a cabo protocolos de investigación con ciertos medicamentos, situación que abrió el debate con respecto a la investigación clínica en seres humanos.¹³ Esto, debido a que uno de los diseños de investigación más utilizados hasta ese momento era el del ensayo controlado aleatorio o clínico aleatorizado,¹⁴ por lo que se cuestionó qué ocurriría con quienes recibirían dosis de menor impacto, placebos o tratamientos de antemano considerados como ineficaces o menores resultados a los

¹² Carol Levine, *Aids and the Ethics of Human Subject Research* en Frederic G. Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, p. 80.

¹³ Ciertos documentos y declaraciones servían como antecedente ético para evitar el abuso y las malas prácticas. Estos eran el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont.

¹⁴ Estudio en el que los participantes se asignan al azar a grupos separados para comparar diferentes tratamientos u otras intervenciones. El uso del azar para dividir a las personas en grupos significa que los grupos serán similares y que los efectos de los tratamientos que reciben se pueden comparar de forma más imparcial. En el momento del ensayo, no se sabe qué tratamiento es mejor. También se llama ensayo clínico randomizado y estudio clínico aleatorizado. (Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos).

que estaban a prueba,¹⁵ sobre todo porque en esos momentos, la infección de VIH aún era letal.

A la par, se puso en entredicho la normatividad vigente hasta la década de los noventa con respecto al uso de fármacos experimentales o en desarrollo, ya que varios grupos de activistas y especialistas consideraban necesaria la aceleración de los procesos de investigación para la obtención de algún medicamento, así como el acceso a los mismos bajo la premisa de la inexistencia de otras opciones terapéuticas.¹⁶

Lo anterior también produjo un cuestionamiento al enfoque de las investigaciones para determinar si su finalidad era la obtención de resultados de corte científico, propios de un proceso con una estricta metodología o era la posibilidad de comenzar a brindar un posible tratamiento a quienes no tenían más opciones para aspirar a salvar sus vidas, lo cual implicaba, en algunos casos, no seguir de manera estricta las topologías o el cumplimiento de los requisitos establecidos para la investigación, sino más bien conforme a situaciones particulares.¹⁷

Si bien el surgimiento de los medicamentos antirretrovirales¹⁸ modificó sustancialmente el panorama sobre el VIH debido a su transición de la posibilidad de desarrollar sida y morir, a una condición de salud y a una situación de indetectabilidad de la presencia del virus en el organismo,¹⁹ los cuestionamientos bioéticos han continuado con respecto a las labores de experimentación e investigación clínica y preventiva. Los protocolos para el desarrollo de nuevas terapias antirretrovirales continúan, con mayor énfasis en aspectos preventivos de nuevas

¹⁵ Carol Levine, *Aids and the Ethics of Human Subject Research*, op. cit., p. 89.

¹⁶ *Ibid*, 92.

¹⁷ Tomado en cuenta que no había ninguna posibilidad de terapia médica para controlar al VIH en la década de los 80 y parte de los 90.

¹⁸ En 1996 se caracterizan los correceptores del VIH 10 y 11, un descubrimiento crucial que no solo abre grandes perspectivas en la comprensión de la biología viral, sino que también permitiría definir, diseñar y desarrollar nuevas opciones terapéuticas.

¹⁹ Las tasas de mortalidad por cualquier causa han disminuido notablemente en personas con el VIH en tratamiento antirretroviral en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2020, según las conclusiones de un estudio (Trickey *et al.*, 2024).

infecciones, aunado a la esperanza del surgimiento de una vacuna, o el apoyo de otros métodos como los anticuerpos monoclonales²⁰ o la “cura funcional”²¹.

Por lo tanto, al igual que al comienzo de la pandemia de VIH, hay cuestionamientos sobre la selección de participantes para las cohortes de las investigaciones (muchas de ellas, se realizan en países no tan económicamente favorecidos). Ante la gran posibilidad de que sus participantes adquieran la infección, queda en duda su situación personal al terminar, o incluso la validez de los protocolos de corte aleatorio. Otro cuestionamiento es con respecto a la incorporación de otros sectores inicialmente protegidos, como las mujeres embarazadas o las poblaciones infantiles y adolescentes, así como el uso de estímulos económicos para las personas en los protocolos científicos, el financiamiento, y los alcances de los beneficios de implementar protocolos en las comunidades donde estos se llevaron a cabo.

Actualmente, gran parte de los enfoques de las investigaciones clínicas están centrados en la prevención de nuevas infecciones por lo que uno de los principales objetivos es ampliar las opciones para reducir las tasas de incidencia del VIH a través de la profilaxis pre exposición (PrEP), el incentivo del uso del condón interno y externo, la realización de la circuncisión, y el desarrollo de anillos vaginales.

A pesar de los avances y de la eficacia de los métodos de prevención desarrollados, surgen varios cuestionamientos bioéticos, como el de la correcta selección de las y los participantes en las cohortes, la necesidad de un mayor involucramiento de las comunidades en las investigaciones y el tomar en cuenta las condiciones locales a fin de

²⁰ Copias de anticuerpos naturales extraídos del plasma sanguíneo de personas con VIH con buena respuesta inmunitaria al mismo por lo que tienen la capacidad de neutralizar al virus (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH).

²¹ Consiste en mantener al virus en estado de latencia, así como la supresión y replicación sin el empleo de antirretrovirales. Se puede lograr mediante el uso de fármacos para la purga de los depósitos, el trasplante de médula ósea y la terapia génica.

lograr un mayor impacto dentro de las comunidades donde se lleva a cabo la investigación.²²

Con la comprobación del uso de los medicamentos antirretrovirales como agentes de prevención, se abrió la posibilidad a la masificación de la profilaxis pre exposición (PrEP), reabriendo algunos debates ya existentes y replanteando otros. La principal pregunta fue cómo se les incorporaría en los esquemas de prevención, siguiéndole aquella en la que se planteaba si estaría o no disponible para todas las personas. También se ha cuestionado que solo previene a la persona del VIH, pero no de otras infecciones de transmisión sexual, además de abrir la posibilidad a prácticas de riesgo ante el sentimiento de una protección.²³

En cuanto a la aplicación de la tecnología en la respuesta al VIH, uno de los temas más discutidos es el de la aplicación de la epidemiología molecular.²⁴ Como es bien sabido, a quienes viven con VIH se les aplican estudios para conocer la resistencia de las personas a los medicamentos a través de la obtención de los caracteres genéticos únicos de la cepa del VIH de cada una de ellas. Este mecanismo sirve para asegurar que los profesionales de la salud están brindando la atención correcta y el tratamiento más efectivo a la persona. Dicha información puede quedar resguardada bajo el anonimato o ser agregada al expediente de la persona. Pero también puede ser utilizada para obtener más datos de las personas, y mediante el uso de técnicas de comparación de material genético, ubicar si una persona infecta a otra o no, así como establecer los puntos donde se están detectando más infecciones. En la

²² Brandon J. Brown y Jeremy Sugarman. *Why ethics guidance needs to be updated for contemporary HIV prevention research* en *Journal of the International Aids Society*, vol. 23, núm. 5, 2020, s/p.

²³ Jeremy Sugarman y Kenneth Mayer. *Ethics and Pre-Exposure Prophylaxis for HIV-infection* en *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome*, vol. 63, núm. 2, July of 2013, S135–S139.

²⁴ Uso de técnicas de investigación molecular para examinar las relaciones evolutivas y las diferencias y las similitudes entre las diferentes cepas de VIH (HIV Justice Worldwide).

mayoría de los casos, el uso de esta información y del material genético se realiza sin el consentimiento de las personas bajo el argumento de la necesidad de llevar a cabo monitoreos epidemiológicos y que las muestras ya habían sido desechadas.²⁵

Respuestas desde la salud pública

Una de las grandes obsesiones en la temática ha sido el establecimiento de mecanismos de control y monitoreo de las personas con VIH, ya sea a través del voluntarismo de las mismas o el ejercicio de ciertos recursos controladores bajo la premisa de que estos ayudarán a evitar nuevas infecciones y obtener mejores resultados en términos de salud pública. De ahí que, desde los comienzos de esta pandemia, se haya contemplado la posibilidad de un monitoreo estricto de los grupos poblacionales en los que se habían localizado el mayor número de casos. Incluso, rebasando las posibles libertades de quienes integran este grupo, ante la proposición del rastreo de sus contactos sexuales.²⁶ A raíz de esa postura, se establecieron como obligatorias las pruebas de VIH para quienes quisieran contraer matrimonio o estuvieran en situación de cárcel,²⁷ y en ámbito biomédico, continúan vigentes en casos de donación de órganos, tejidos y sangre,²⁸ o en algunos casos, se les niega esa posibilidad a los hombres homosexuales.²⁹

²⁵ HIV Justice Worldwide y Red Positiva de Mujeres de Estados Unidos. *Vigilancia molecular del VIH: revisión global de sus implicaciones en materia de derechos humanos*, Estados Unidos, Reino Unido, 2021, p. 8.

²⁶ Maite Cruz-Piqueras y Joaquín Hortal-Carmona, *La historia se repite: una ética para dos pandemias*, en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 96, núm. 5, octubre, 2022, pp. 1-14.

²⁷ James Childress. *Mandatory HIV screening and testing* en Frederic G. Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, p. 61.

²⁸ Diego Gracia. *Ética del sida en 4 ° Seminario de Atención Farmacéutica*, op. cit., p. 64.

²⁹ Maite Cruz-Piqueras y Joaquín Hortal-Carmona, op. cit., p. 5.

Desde la bioética se debatió si esta medida era válida o no, al tomar en cuenta principios como el respeto a las personas, la autonomía y la confidencialidad, los cuales, con medidas referentes a la imposición de pruebas diagnósticas obligatorias, resultaban violentados. Ante el dilema, y en vista de las verdaderas necesidades de respuesta sanitaria a la situación, se consideró que el diagnóstico forzoso de algunas personas o de un grupo poblacional en particular, no necesariamente representaba un beneficio para otras personas u otros sectores sociales. Incluso, las medidas coercitivas, podrían generar un entorno de miedo, propiciando un impacto inadecuado en las políticas de prevención, debido a que las personas se negarían a la realización de la prueba.³⁰

De forma hilada, los argumentos a favor de pruebas obligatorias, también se centraron en la obligatoriedad de la revelación del estado serológico a terceros, con énfasis, en quienes han mantenido algún contacto sexual con la persona,³¹ e incluso en la posibilidad de que el personal de salud no guardará el secreto profesional, cuando la situación pudiera ameritar un supuesto peligro para otra persona, en especial a la pareja o parejas sexuales.³² Sin embargo, con ese tipo de medidas preveían los problemas de discriminación, falta de respeto al consentimiento informado, a la confidencialidad y a la privacidad del estado de salud de las personas.³³ Al ponerse en conflicto a la salud pública con la garantía de la autonomía de la persona en aras de un bienestar común³⁴ aunque no quedara clara cuál sería este.

El acceso a los servicios de salud inició un debate desde el comienzo de la situación, debido a la negativa de la atención médica a quienes eran diagnosticados, sobre todo, en casos de intervenciones quirúrgicas,

³⁰ James Childress, *op. cit.*, p. 63.

³¹ Donald Hermann. *AIDS and the Law* en Frederic G. Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, p. 278.

³² Diego Gracia, *Ética del sida en 4 ° Seminario de Atención Farmacéutica*, *op. cit.*, p. 73.

³³ Donald Hermann, *op. cit.*, p. 279.

³⁴ Maite Cruz-Piqueras y Joaquín Hortal-Carmona, *op. cit.*, p. 7.

bajo el argumento de un incremento de riegos,³⁵ y posteriormente, a la disponibilidad de medicamentos, debido a que eran muy pocas las opciones disponibles y, muy controlado el acceso a los mismos.

Esto dio paso a las discusiones referentes a la justicia y la distribución de recursos, principalmente en lo relacionado al acceso a los medicamentos, pues a pesar de los avances científicos y tecnológicos en la materia, hasta el día de hoy, hay casi 10 millones de personas con VIH alrededor del mundo que no acceden a las terapias antirretrovirales,³⁶ representando un problema para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sustentable.³⁷

Lo anterior reabre el debate de la universalidad en los servicios de salud, la posibilidad de desabasto de medicamentos, las inequidades en el acceso a los servicios de salud, entre otras posibles problemáticas, por lo que se ha puesto énfasis en el rediseño de las políticas públicas en la materia a través de estrategias como el impulsar el ofrecimiento de las pruebas de diagnóstico a mujeres embarazadas, un mayor trabajo con poblaciones adolescentes y jóvenes, el enfoque para la supresión de las cargas virales de quienes han sido diagnosticados con VIH y la ampliación de las coberturas de los medicamentos.³⁸

En materia preventiva, las discusiones con respecto al PrEP continúan debido a que aún no es una realidad en muchos lugares del mundo y tampoco está disponible para todos los sectores de la población.³⁹ Algunos estudios continúan mostrando su eficacia y eficiencia, e incluso, se han arriesgado al rediseño de las estrategias a través de enfoques

³⁵ Diego Gracia, *Ética del sida en 4 ° Seminario de Atención Farmacéutica*, op. cit., p. 74.

³⁶ ONUSIDA. *El camino que pone fin al sida. Actualización mundial sobre el sida 2023*, Ginebra, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2023, p. 18.

³⁷ La meta en este rubro consiste en que para 2025, 35 millones de personas con VIH tengan acceso a los medicamentos antirretrovirales.

³⁸ ONUSIDA, op. cit., p. 75.

³⁹ En el caso de México, solo está disponible en algunas entidades federativas.

combinatorios.⁴⁰ Pero, en sectores como el de mujeres, aún es reducido o nulo el acceso al mismo,⁴¹ por lo que se ha llamado urgentemente a cerrar las brechas de género.⁴²

Otra de las preguntas que ha surgido en cuanto a estrategias es si se debe continuar o no con el enfoque de poblaciones clave o si se le debe de redefinir. El escenario actual indica que la prevalencia del VIH era once veces mayor entre los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, cuatro veces mayor entre las trabajadoras sexuales, siete veces mayor entre las personas que usan drogas inyectables y 14 veces mayor entre las personas transgénero.⁴³

El diseño de políticas públicas debe modificar su enfoque de tratar de establecer un modelo universal a adaptar las propuestas a los contextos locales, tanto para el desarrollo de actividades de investigación, como la implementación de estrategias. En este proceso de adaptación se debe incorporar la perspectiva de género, pues otra de las situaciones cuestionadas a lo largo de las cuatro décadas de epidemia global de VIH es la falta de incorporación de las mujeres a la agenda de respuesta a la pandemia, conforme a sus necesidades específicas y las particularidades propias derivadas de su condición de género.⁴⁴

Los recursos económicos están resultando insuficientes para dar respuesta al VIH, sobre todo, tras los recortes sufridos a partir de la

⁴⁰ José Fley. El enfoque de la prevención combinada permite optimizar las profilaxis pre- y post-exposición frente al VIH y hacerlas más accesibles, consultada el 2 de mayo en <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/la-noticia-del-dia/02-04-24/>

⁴¹ En lugares con altas tasas de VIH como el África Subsahariana, el porcentaje de acceso por parte de las mujeres es de 40 por ciento mientras que en México la estrategia no ha estado enfocada a las mujeres.

⁴² ONUSIDA, *op. cit.*, p. 81.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Recientemente, la Oficina para la Salud de la Mujer del Departamento de Salud y Servicios Humanos consideró necesario “realizar más investigaciones para comprender las mejores formas de prevenir, tratar y curar el VIH a lo largo de la vida de las mujeres y promover que la investigación sobre el VIH dé prioridad a poblaciones diversas para garantizar que todas las mujeres reciban acceso a servicios de VIH que se adapten a sus necesidades y preferencias”.

pandemia por covid-19,⁴⁵ por lo que se deben replantear algunas estrategias de corte público. La primera de ellas es el incremento en las labores de prevención, que incluyen la educación y la disponibilidad de mecanismos preventivos como condones internos y externos y profilaxis pre y post exposición, así como revisar los costos de los medicamentos y las posibilidades de la elaboración de alternativas genéricas⁴⁶ en cada país para reducir el gasto en fármacos de manera considerable, en aras de garantizar el derecho a la protección de la salud y al acceso a los avances científicos y tecnológicos.

La confidencialidad continúa representando un reto por lo que se considera como urgente y necesario mantener el anonimato de los datos epidemiológicos y clínicos, sumados a los genéticos o de cualquier otro tipo, que pudieran poner en riesgo la integridad social de la persona.⁴⁷

Límites y avances sociales

Pasaron varios años para que el gobierno de los Estados Unidos de América y de otros países reconocieran y se pronunciaran con respecto al VIH. A lo largo de la década de los ochenta, las medidas de atención a quienes resultaban diagnosticados eran escasas o nulas por lo que fueron los grupos de personas organizadas quienes comenzaron a

⁴⁵ De acuerdo con datos de ONUSIDA, en 2022 se disponía de un total de 20.8 mil millones de dólares para programas contra el VIH en países de ingresos bajos y medios, 2.6% menos que en 2021 y muy por debajo de los 29.3 mil millones de dólares necesarios para 2025. Tras haber aumentado sustancialmente a principios de la década de 2010, la financiación para el VIH ha vuelto a caer al mismo nivel que en 2013.

⁴⁶ ONUSIDA ha señalado que alrededor de 90 países cuentan con una licencia para poder elaborar su versión genérica de PrEP inyectable, pero podrían pasar años antes de que la pudieran desarrollar debido a la falta de recursos tecnológicos suficientes. El gobierno colombiano emitió una licencia obligatoria para la fabricación de un antirretroviral bajo el argumento de que el precio impide un acceso efectivo de su población a un fármaco clave.

⁴⁷ Diego Gracia, *op. cit.*, p. 67.

intentar dar una solución a la situación en el sentido de tratar de incidir en la arena pública, pero también de acompañar a quienes eran rechazados por sus propias familias o seres cercanos.

La asociación directa de la homosexualidad con el VIH, y por ende, la muerte, provocó reacciones como la excesiva represión hacia los colectivos de hombres gay, mujeres lesbianas y personas trans en muchos lugares del mundo a fin de evitar sus concentraciones, y según las autoridades, la diseminación del virus, pero también el rechazo social hacia estos sectores de la población, en específico, los hombres gay u homosexuales.

A más de cuatro décadas de la detección de los primeros casos, continúan vigentes ciertos indicios de estigma⁴⁸ y discriminación⁴⁹ de tal manera que hoy en día se habla de serofobia, o esta “manifestación que potencialmente conduce a la segregación de los seres humanos con VIH cuando subsiste el temor desproporcionado entre las personas que les rodean, e implica también un impedimento para el goce absoluto de derechos humanos como la experimentación de la vida digna de los afectados”.⁵⁰

Este pensamiento no solo ha estado presente en la sociedad en general, sino que también ha invadido a sectores vinculados directamente con la respuesta al VIH como el personal de salud. Como se señaló, en los comienzos de la pandemia había una fuerte oposición de algunos sectores de trabajadores sanitarios a brindar la atención correspondiente.

⁴⁸ Como explica Omote, es una condición social de desacreditación y de inferioridad moral o una señalización de inferioridad social derivada de una serie de prejuicios social y moralmente aceptados dentro de una sociedad.

⁴⁹ De acuerdo con Jesús Rodríguez Zepeda, hay varias definiciones de discriminación, graduales, que van desde el distinguir o diferenciar o establecer una diferencia entre personas o cosas; el percibir, darse cuenta o distinguir, con la mente o los sentidos, de las diferencias entre cosas; establecer una distinción o diferencia, y hacer una distinción adversa respecto a algo o a alguien.

⁵⁰ Ángel Prince. *El combate contra la serofobia desde la esfera educativa: una necesidad humana en PostdocUBA*, vol.4, núm. 2, 2022, p. 77. El autor fundamenta que el miedo deriva del desconocimiento sobre los mecanismos de acción del VIH y las consecuencias de no ser tratado adecuadamente.

Una situación de respuesta al miedo provocado por el desconocimiento del virus y su nula posibilidad de control o de cura.

Pero, al paso del tiempo, a pesar de los avances científicos, han continuado ciertas actitudes estigmatizantes o discriminatorias por parte del personal de salud, bajo premisas como que una infección de VIH es culpa del comportamiento de la persona; deben realizarse pruebas de detección obligatorias a ciertos sectores como el de las trabajadoras sexuales, las personas trans, los hombres gay, entre otros; por su seguridad, debería distinguirse a las personas con VIH de otro tipo de usuarios de los servicios de salud, o incluso aislarles; una persona con VIH no debe realizar intervenciones quirúrgicas u otro tipo de procedimientos, o que en ciertos casos, debería poderse vulnerar la confidencialidad de las personas a fin de “proteger” a otras.⁵¹

En cuanto a la intersección de la ciencia con el ámbito social, una realidad es que se requiere de más investigación científica, pero debe de tomar en cuenta las deficiencias de la infraestructura de salud, pobreza, leyes estigmatizantes, desigualdades, discriminación y estigma.⁵²

Fenómenos como la desigualdad económica tienen un impacto real en la respuesta a la pandemia, tanto a nivel internacional, como a nivel local, pues entre regiones de los propios países pueden presentarse ciertas disparidades. Un análisis al respecto mostró que los países que presentan una mayor desigualdad en cuanto al nivel de ingresos también registran una mayor incidencia del VIH, así como de mortalidad asociada a sida y exceso de muerte por covid-19, en comparación con países que presentan una mayor equidad.⁵³

⁵¹ Ricardo Hernández Forcada. *La no discriminación como derecho humano: el caso de la homofobia* en Guillermo Soberón y Dafna Feinholz. *Homofobia y salud*, México, Comisión Nacional de Bioética / Secretaría de Salud, 2007, p. 28.

⁵² Brandon J. Brown y Jeremy Sugarman. “Why ethics guidance needs to be updated for contemporary HIV prevention research”, in *Journal of the International Aids Society*, vol. 23, núm. 5, 2020, s/p.

⁵³ John Ele-Ojo Ataguba *et al.* “Income inequality and pandemics: insights from HIV/AIDS and Covid-19 – a multicountry observational study”, in *BMJ Global Health*, vol. 8, 2023, e013703.

El relegamiento económico también puede estar motivado por el origen étnico de las personas. En el caso de las poblaciones indígenas, no hay datos estadísticos sobre el impacto del virus en las comunidades indígenas del país ni esfuerzos oficiales por tener un acercamiento, al menos de corte intercultural, para abordar la temática. En varios países del continente americano está demostrado que el impacto del VIH en las poblaciones originarias es más alto que en otros núcleos poblacionales. Peor, en el caso del nuestro, se desconoce la situación, pues en las estadísticas oficiales ni siquiera se recopilan datos conforme al origen étnico de las personas.⁵⁴

Los factores de esta situación son diversos, desde la escasez de servicios de salud en las zonas de mayor concentración de estas poblaciones, la carencia de especialistas, las barreras del idioma, la falta de recursos económicos, la ausencia de política públicas focalizadas, entre otros. Sin embargo, estos vacíos también provienen desde la academia y otros espacios de incidencia pública y política que han puesto poca atención a los escenarios sociales.⁵⁵

Desde el comienzo de esta pandemia, y hasta el día de hoy, continúa el debate sobre el uso o no de herramientas judiciales como medidas de salud pública para detener el surgimiento de nuevas infecciones. Estas estrategias jurídicas consisten en la aplicación de sanciones, que pueden ir, desde una cuestión administrativa a una multa económica, o incluso, penas de prisión. La mayoría de estas leyes punitivas están encaminadas a sancionar a quienes son parte de las poblaciones clave para detener los índices de nuevas infecciones de VIH. En un último recuento, se observó que alrededor de 145 países siguen penalizando el consumo o la posesión de pequeñas cantidades de drogas; 168 países penalizan algún aspecto del trabajo sexual; 67 países penalizan

⁵⁴ Rubén Muñoz. *Pueblos indígenas ante la epidemia del VIH. Política, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y Oaxaca*, Oaxaca, CIESAS / La Casa Chata.

⁵⁵ *Ibid.*

las relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo; 20 países penalizan a las personas transgénero, y 143 países penalizan o persiguen de algún otro modo la exposición, la no revelación o la transmisión del VIH.⁵⁶

A este fenómeno se le ha denominado como criminalización,⁵⁷ y ha sido cuestionado severamente, incluso, por la comunidad científica, que ha señalado que erradicar “las ideas erróneas persistentes que exageran los daños que produce la infección por el VIH que influye en la aplicación de la legislación penal” y, llama a los gobiernos y tomadores de decisión a “tomar en cuenta detalladamente los avances realizados en el ámbito científico del VIH para garantizar que la aplicación de la ley esté basada en los conocimientos actuales en este campo”. Sobre todo, si se toma en cuenta que “las pruebas actuales sugieren que las posibilidades de que el VIH se transmita durante un único acto sexual, mordedura o escupida son inexistentes o escasas”⁵⁸.

Lo anterior refleja la falta de trabajo en el aspecto social y la necesidad del involucramiento de las ciencias sociales en la respuesta al VIH. La gama de estas ramas del conocimiento, deben servir para conceptualizar, comprender y modificar los procesos que favorecen la difusión de la infección y que obstaculizan el tratamiento de la misma. Si bien han tenido una transición del contar los sucesos de la epidemia al comprender a la misma y han incorporado temas como el poder y la

⁵⁶ ONUSIDA, *op. cit.*, p. 75.

⁵⁷ De acuerdo con HIV Justice Network, en el caso del VIH, la criminalización se refiere a la injusta aplicación de las leyes penales, regulaciones y políticas públicas punitivas en contra de las personas que viven con VIH, principalmente, con base en su estado seropositivo. Tanto las leyes penales específicas relacionadas con VIH como otros tipos de leyes penales y políticas punitivas son utilizadas para procesar a quienes viven con el VIH con base en argumentos como la no revelación de su condición de salud, la exposición potencial o percibida al VIH, o la transmisión no intencional del virus.

⁵⁸ Francois Barré Sinousi *et al.* “Declaración de Consenso de expertos sobre la ciencia relativa al VIH en el contexto del derecho penal”, en *Journal of the International Aids Society*, vol. 21, núm. 7, julio, 2018, e25161.

vulnerabilidad, deben de centrarse en la incorporación de la perspectiva de género, desarrollar mecanismos de evaluación cuantitativos y cualitativos, promover una genuina participación comunitaria, como condición para el éxito de los programas, y de privilegiar el respeto a los derechos humanos en cualquier acción relacionada con la epidemia.⁵⁹

No deben dejarse de lado a las estructuras sociales y la noción de injusticia, ya que bajo el marco de justicia social que utilicemos, las desigualdades no son aceptables, y para detectarlas, se requieren de categorías como posición socioeconómica, género, orientación sexual o raza.⁶⁰ A la par, se precisa de la incorporación de una epidemiología social, cuya finalidad sea identificar causas que no estigmaticen a la población y que vayan a la raíz de los problemas y sus causas sociales, políticas, económicas o culturales.⁶¹

Una de las discusiones más recientes está centrada en el cambio de uso de terminología, en concreto, el dejar de utilizar el acrónimo Sida, al considerar que es estigmatizante y puede propiciar asociaciones conceptuales erróneas. Entre otros factores, debido a que aún puede asociarse a personas sin opciones de tratamiento disponibles y una esperanza de vida corta; implica una equivalencia errónea con respecto al VIH; su uso fomenta el estigma no solo del personal sanitario, sino de la propia persona con el VIH, a través del autoestigma, que puede impedir que las personas accedan a la atención sanitaria y al resto de servicios, y la eliminación del término podría mejorar las formas de atención del personal de salud, más centradas en la persona.⁶²

⁵⁹ Mario Bronfman. *Ciencias sociales y sida en Salud Pública de México*, vol. 41, núm. 2, marzo-abril, 1999, pp. 83-84.

⁶⁰ Pedro Guillón. "Determinantes sociales de la salud en el contexto del VIH", en *Revista Multidisciplinaria del Sida*, vol. 11, no. 30, noviembre, 2023, pp. 22-23.

⁶¹ Sick en Pedro Guillón, *op. cit.*, p. 23.

⁶² Isaac Núñez, Alicia Piñeirúa-Menéndez y Sergio Iván Valdés-Ferrer. "Retiring the term AIDS for more descriptive language" en *Lancet HIV*, vol. 11, núm. 3, vol. 2024, pp. e195-e198.

Reflexiones finales

El VIH es una de las condiciones de salud para la que más investigación científica se ha desarrollado en las últimas cuatro décadas, al lograr modificar la tecnología de algunos medicamentos, sin embargo, le rodean algunos de los prejuicios más arraigados en nuestras sociedades como la homofobia y la transfobia y el cuestionamiento a las prácticas sexuales ajenas a las “buenas costumbres”. Hasta el día de hoy es un tema que trastoca valores morales por lo que la reflexión sobre sus temáticas derivadas, debe cimentarse en una perspectiva laica, de género e interseccional para plantear soluciones ante problemáticas asociadas a un estigma y discriminación persistentes o una estrategia de salud que solo pudiera beneficiar a ciertos sectores, y dejar a otros rezagados en la respuesta al VIH.

En el campo de la bioética, resulta un tema de suma trascendencia ante la gran cantidad de asuntos de corte ético y moral que trastoca, conllevado forzosamente a la aplicación de los principios canónicos de esta área del conocimiento o al estudio de casos concretos a fin de ir planteando soluciones. Independientemente de la ruta epistemológica seleccionada, la investigación y la reflexión resultan inagotables debido a la propia mutabilidad del tema.

En ese sentido, los debates bioéticos alrededor del VIH sirven de parteaguas para analizar otras temáticas de salud a partir de una perspectiva de complejidad, muy probablemente no aplicada con anterioridad. Por esa razón, las investigaciones bioéticas sobre el VIH deben continuarse incentivando a fin de estimular los debates sobre salud y los componentes sociales, requiriéndose de la interseccionalidad de las ciencias de la salud con otras ramas de conocimiento.

Si bien este artículo tiene un corte revisionista con el fin de enumerar las reflexiones y los debates bioéticos surgidos a partir de la irrupción del VIH en la esfera pública y lo que ha ocurrido con dichas problemáticas a través de cuatro décadas en cuanto a su superación,

actualización o complejización de los mismos, se coincide con la propuesta de Cruz y Hortal⁶³ de que fenómenos como el covid-19 revivieron algunos aspectos, en apariencia, bio-éticamente superados, como la negación por parte del personal de salud para brindar la atención correspondiente ante la incertidumbre de un nuevo patógeno; las formas de reparto de los recursos ante la insuficiencia de los mismos; el privilegio o no de la autonomía y la privacidad de las personas por sobre el beneficio comunitario en cuanto a la detección, la ubicación y el aislamiento de personas recién infectadas, y el uso de fármacos o vacunas experimentales y su impacto en las personas y en la salud pública.

Por lo tanto, es necesaria más reflexión e investigación bioética, pero desde nuestras propias realidades con respecto al tema del VIH en nuestro país, a fin de salir de un proceso de colonización del pensamiento e iniciar una propuesta crítica, sustentada en la decolonialidad, para observar las complejidades de las sociedades múltiples existentes.

Uno de los caminos es a través del incremento de la investigación social y el fomento a la interdisciplinariedad, para que cualquier análisis sobre el tema pueda ser aplicado en un determinado sector o grupo social y ofrezca soluciones adecuadas, de acuerdo a sus contextos y realidades.

⁶³ Maite Cruz-Piqueras y Joaquín Hortal-Carmona, *op. cit.* pp. 1-14.

Bibliohemerografía

- Alcamí, José. *Introducción. Una breve historia del sida*, en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, España, vol. 26, Supl. 11, 2008, pp. 1-4.
- Ataguba, John Ele-Ojo, Charles Birungi, Santiago Cunial y, Matthew Kavanagh. *Income inequality and pandemics: insights from hiv/aids and Covid-19 – a multicountry observational study* en *BMJ Global Health*, vol. 8, 2023, e013703
- Barré Sinousi, Françoise, *et al.* “Declaración de Consenso de expertos sobre la ciencia relativa al VIH en el contexto del derecho penal” en *Journal of the International Aids Society*, vol. 21, núm. 7, julio de 2018, e25161
- Brown, Brandon y Jeremy Sugarman. “Why ethics guidance needs to be updated for contemporary HIV prevention research”, en *Journal of the International Aids Society*, vol. 23, núm. 5, 2020, s/p.
- Bronfman, Mario. “Ciencias sociales y sida”, en *Salud Pública de México*, vol. 41, núm. 2, marzo-abril, 1999, pp. 83-84.
- Childress, James. “Mandatory HIV screening and testing”, en Frederic G. Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, pp. 50-76.
- Cruz-Piqueras, Maite y Joaquín Hortal-Carmona. “La historia se repite: una ética para dos pandemias”, en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 96, núm. 5, octubre, 2022, pp. 1-14.
- Fley, José. *El enfoque de la prevención combinada permite optimizar las profilaxis pre- y post-exposición frente al VIH y hacerlas más accesibles*. Consultado el 2 de mayo en <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/la-noticia-del-dia/02-04-24/>
- Gracia, Diego. *Ética del sida* en *4º Seminario de Atención Farmacéutica*, España, 2004, pp. 59-74.
- Guillón, Pedro. “Determinantes sociales de la salud en el contexto del VIH”, en *Revista Multidisciplinar del Sida*, vol. 11, núm. 30, noviembre, 2023, pp. 22-23.

- Hermann, Donald. "Aids and the Law", en Frederic G. Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, pp. 277-309.
- Hernández Forcada, Ricardo. "La no discriminación como derecho humano: el caso de la homofobia", en Guillermo Soberón y Dafna Feinholz. *Homofobia y salud*, México, Comisión Nacional de Bioética / Secretaría de Salud, 2007, pp. 25-32.
- Hincapie Sánchez, Jennifer y María de Jesús Medina Arellano. *Bioética. Teorías y principios*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Libros Digitales No. 1. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho, 2019.
- HIV Justice Network. *Promover la justicia del VIH 4: Comprendiendo los puntos en común y aprovechando las oportunidades*, Ámsterdam, julio, 2022.
- y Red Positiva de Mujeres de Estados Unidos. *Vigilancia molecular del VIH: revisión global de sus implicaciones en materia de derechos humanos*, Estados Unidos - Reino Unido, 2021.
- Levine, Carol. "Aids and the Ethics of Human Subject Research", en Frederic G. Reamer. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991, pp. 77-104.
- Monsiváis, Carlos. "El sida y el sentido de la urgencia", en Mark Platts. *Sida, aproximaciones éticas*, México, UNAM, 1996, pp. 77-86.
- Muñoz, Rubén, *Pueblos indígenas ante la epidemia del VIH. Política, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y Oaxaca*, Oaxaca, CIESAS / La Casa Chata.
- Narro-Robles, José, José Rodríguez-Domínguez, Carlos Viesca-Treviño, Carlos y Luis Felipe Abreu-Hernández. "Ética y salud. Retos y reflexiones", en *Gaceta Médica de México*, vol. 140, núm. 6, 2004, pp. 661-666.
- Núñez, Isaac, Piñeirúa-Menéndez, Alicia y Sergio Iván Valdés-Ferrer. "Retiring the term aids for more descriptive language", en *Lancet hiv*, vol. 11, núm. 3, marzo de 2024, pp. e195-e198.

- ONUSIDA. *El camino que pone fin al sida. Actualización mundial sobre el sida 2023*, Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2023.
- Omote, Sadao. “Estigma no tempo da incluso”, en *Revista Brasileira de Educação Especial*, vol. 10, núm. 3, septiembre-diciembre de 2004, pp. 287-308.
- Platts, Mark. *Sida, aproximaciones éticas*, México, UNAM, 1996.
- Prince, Ángel, “El combate contra la serofobia desde la esfera educativa: una necesidad humana”, en *PostdocUBA*, vol. 4, núm. 2, 2022, p. 74-87.
- Reamer, Frederic. *Aids and Ethics*, Nueva York, Universidad de Columbia, 1991.
- Rodríguez Zepeda, Jesús. “Definición y concepto de la no discriminación”, en *El Cotidiano*, núm. 134, noviembre-diciembre, 2005, pp. 23-29.
- Sugarman, Jeremy y Mayer, Kenneth. “Ethics and Pre-Exposure Prophylaxis for hiv-infection”, en *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome*, vol. 63, núm. 2, julio de 2013, S135-S139.
- Trickey, Adam, Kathleen McGinnis, *et al.* “Longitudinal trends in causes of death among adults with HIV on antiretroviral therapy in Europe and North America from 1996 to 2020: a collaboration of cohort studies”, en *Lancet hiv*, vol. 11, núm. 3, marzo de 2024, pp. e176-e185.

Los autores

ARGANIS JUÁREZ, ELIA NORA

Doctora en Antropología Social egresada de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesora titular “A” de tiempo completo de la asignatura de Antropología Médica e Interculturalidad en el Departamento de Historia y Filosofía de Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM. Profesora, tutora y responsable del Campo Disciplinario de Antropología en Salud en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM. Experiencia docente de Antropología Médica en el nivel de licenciatura y posgrado, en instituciones públicas. Autora de artículos, capítulos de libros y ponencias en congresos nacionales e internacionales, sobre temas como medicina tradicional mexicana, envejecimiento y enfermedades crónicas, aspectos antropológicos de la diabetes mellitus, grupos de ayuda mutua de enfermedades crónicas, antropología y salud.

BASTIDA AGUILAR, LEONARDO

Licenciado en Etnohistoria por la Escuela Nacional de Antropología e Historia y maestro en Ciencias Sociomédicas, con orientación en Antropología en Salud, por la Facultad de Medicina de la UNAM. Integrante del Grupo de Estudios sobre Derechos, Géneros y Diversidades. Colaborador del suplemento *Letra S* del periódico *La Jornada* y de *La Silla Rota*. Sus líneas de investigación están relacionadas con la bioética, el cuerpo, la sexualidad, la diversidad sexual, el género y los derechos humanos.

CRUZ SANTACRUZ, REBECA

Socióloga de formación con un doctorado en Antropología en Salud. Estudios de maestría en Antropología Social y en teoría psicoanalítica. Su principal experiencia es en la docencia, tanto de pregrado como de posgrado, la cual ha realizado durante más de 30 años en la Escuela Superior de Medicina (ESM) del Instituto Politécnico Nacional, donde es profesora de tiempo completo en la Academia de Antropología Médica. En la misma ESM, presidente de las Academias de Antropología Social y Antropología Médica; coordinadora de la Especialidad de Medicina General Familiar Comunitaria (ESM-SSA) y jefa de la Unidad Politécnica de Integración Social, así como del Departamento de Formación Humanista y Sociomédica. Tutora en el Programa Institucional de Tutorías. Principales campos de interés son: educación médica, historia y socioantropología de la salud, historia y socioantropología de la alimentación, desarrollo comunitario y atención primaria de salud, teorías de la complejidad, adolescencia y psicoanálisis.

FLORES MARTÍNEZ, ROSA ISELA

Licenciada en Historia, y maestra en Ciencias por la UNAM. Ha participado en proyectos de investigación relacionados con la historia de la medicina y la psiquiatría en México, en el Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM, en el Instituto Mora y en el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México. Sus intereses académicos se centran en los procesos de patologización de diversas conductas y actividades, así como sus respectivos tratamientos.

HERNÁNDEZ ALONSO, ELIZABETH

Doctorante en Antropología de la Salud del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina en UNAM. Miembra fundadora del Encuentro Latinoamericano de Maternidades, (UNAM y UMSNH). Especialista en Antropología de la Alimentación por la BUAP. Maestra en Antropología de la Salud por el CIESAS-Golfo.

Licenciada en derecho y antropología lingüística por la UV, Campus Xalapa. Líneas de investigación: antropología y alimentación, políticas públicas en materia de sanidad, protocolos de atención y lactancia humana en espacios biomédicos.

LÓPEZ VEGA, DIANA LAURA

Médica cirujana. Graduada de la Facultad de Medicina de la UNAM (2013), con especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas (2020). Apoyo docente en el curso de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM (2013-2014). Ponente en diversos eventos académicos relacionados con la historia de la medicina y de la salud: IV Coloquio Latinoamericano de Historia y estudios sociales sobre la Ciencia y la Tecnología, 14 Congreso Mexicano de Historia de la Ciencia y la Tecnología, I Congreso Internacional de Humanidades Médicas.

LÓPEZ SÁNCHEZ, OLIVA

Doctora en Antropología por el CIESAS; Profesora titular “C” de Tiempo Completo en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores Conacyt nivel 2. Coordinadora del Laboratorio de Investigación Interdisciplinaria sobre Cuerpo, Emociones y Género, co-coordinadora de la RENISCE Internacional, Red de Investigación en Emociones y Afectos desde las Ciencias Sociales y las Humanidades. Líneas de investigación: representaciones técnico-médicas del cuerpo y la sexualidad femenina desde la antropología médica; procesos salud-enfermedad-atención en los siglos XIX y XX desde la antropología histórica; estudios socioculturales de las emociones desde una perspectiva antropológica e histórica con enfoque feminista, y salud mental y emociones desde un enfoque sociocultural con perspectiva de género. Coordinadora de la Colección editorial Emociones e Interdisciplina.

MARTÍNEZ BARBOSA, XÓCHITL

Licenciada y maestra en Historia por la Universidad Iberoamericana; doctora en Historia por el Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Coordinadora del Archivo Histórico, Facultad de Medicina, UNAM. Profesora e investigadora de tiempo completo; docencia en pregrado y posgrado. Responsable de la Maestría y Doctorado en Historia de las Ciencias de la Salud, Campo disciplinario de Historia de las Ciencias de la Salud, Programa de maestría y doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (PMDCMOS), Facultad de Medicina, UNAM (2016-2024). Tutor de maestría y doctorado (PMDCMOS). Líneas de investigación: historia de las instituciones de beneficencia y asistencia (siglos XVIII - XIX); fuentes para la historia de la medicina mexicana, e historiografía de la medicina en México, siglo XX.

MUNIVE VALENCIA, LUIS ALFONSO

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, estudió la especialidad en Género, Violencia y Políticas Públicas en la Universidad Autónoma del Estado de México; es maestro en Estudios Políticos y Sociales y cursa su doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, en el Campo disciplinario de Bioética, ambos por la UNAM. Ha trabajado como asesor de instituciones como la Unidad Institucional para la Igualdad entre Hombres y Mujeres, de la Secretaría de Educación Pública del Estado de Hidalgo, la Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género del Instituto Politécnico Nacional, así como coordinador del área de capacitación de la Actividad Institucional de Prevención de la Violencia y Combate a la Discriminación, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Sus temas de investigación giran en torno a la violencia, la ética médica y la ciudadanía en salud.

OLIVER TOLEDO, CARLOS

Licenciado en psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, maestro en Historia, (Facultad de Filosofía y Letras, UNAM) y doctor en Humanidades, (Facultad de Medicina, UNAM). Es profesor titular de Teoría Social en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM y forma parte del Sistema Nacional de Investigadores.

SÁNCHEZ ROSALES, GABINO

Es licenciado, maestro y doctor en Historia por la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Profesor de pregrado de Historia y Filosofía de la Medicina y de Posgrado de Historia de la Medicina Mexicana. Premio “Germán Somolinos D’Ardois” otorgado por la Academia Nacional de Medicina de México. Actualmente, preside la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. Su principal línea de investigación es sobre las instituciones médicas de la medicina mexicana siglo XIX y XX.

SANTOS MARTÍNEZ, ROCÍO

Candidata a doctor en Ciencias, Campo disciplinario de Antropología en Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Gestión y Políticas de Salud por la misma universidad, y licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana. Investigadora en temas de itinerarios terapéuticos de enfermedades crónicas, padecimientos visuales, pluralismo médico, narrativas del padecer y políticas públicas de salud, alimentación y nutrición.

ROMERO HERNÁNDEZ, MOISÉS

Maestrante en la Facultad de Medicina, UNAM, Humanidades en Salud, en el Campo disciplinario de Historia de las Ciencias de la Salud. Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Ha participado como ponente y en la organización de coloquios y seminarios nacionales e internacionales, entre los que destaca el Seminario permanente: Campo Psi y sociedad. Presente y pasado

en América Latina. Actualmente se encuentra desarrollando la investigación titulada “La dolorosa soledad. Por una historia cultural de la soledad en México, 1971-2000”. Sus áreas de interés incluyen la historia cultural, historia de las ciencias de la salud y los saberes psi.

RUIZ SÁNCHEZ, HÉCTOR ALEJANDRO

Licenciado en Historia de México, por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, colaboró como catalogador y asistente de investigación en el Archivo Histórico de la Compañía Real del Monte y Pachuca, que resguarda el Archivo Histórico y Museo de Minería. Catalogó la Sección Diagnósticos Médicos / Fondo Norteamericano. Maestro en Ciencias por UNAM. Actualmente, cursa el doctorado en Humanidades en Salud, en el Campo disciplinario de Historia de las Ciencias de la Salud del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológica y de la Salud, por la UNAM.

VARGAS OLMOS, REBECA

Médico cirujano por la Escuela Médico Militar. Maestra en Ciencias Químico-biológicas con especialidad en Microbiología General por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional. Experta en microbiología clínica diagnóstica por Laboratorios Syntex -Grupo de formación- Madrid, España. Diplomado “Análisis del terrorismo en el siglo XXI” Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Diplomado en Historia del Arte por la Universidad de Medios Audiovisuales de Guadalajara, Jalisco. Diplomado en Arte mexicano por la Universidad de Guadalajara, Jalisco. Candidata a doctora en Ciencias del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Campo de conocimiento: Humanidades en salud, Campo disciplinario: Historia de las Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. UNAM.

Historia, Antropología y Bioética Médica
Encuentro multidisciplinario

Se terminó en 17 de febrero de 2025.

Se utilizaron fuentes de la familia RotisSerif.

Diagramación y formación de páginas, así como
la corrección de textos las realizó Formas e Imágenes, S.A. de C.V.
formaseimagenes@gmail.com

Su edición estuvo al cuidado de Xóchitl Martínez Barbosa

