

La medicina de Guadalajara en la década de 1970: Estrategias clínicas contra la violencia y las enfermedades sociales

Medicine in Guadalajara in the 1970s: clinical strategies against violence and social diseases

Luis Gómez Macías

Universidad de Guadalajara, México

l.gmacias@academicos.udg.mx

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2498-4473>

Fecha de recepción: 06/03/2024

Fecha de aceptación: 06/06/2025

Resumen

En el presente artículo se reconstruyen los conflictos que llevaron a los médicos de Jalisco a decantarse por la medicina social durante la primera mitad de la década de 1970. Se analizan sus prácticas y discursos, y se visibilizan las estrategias que establecieron para fomentar una cultura de paz. En un contexto que se caracterizó por la ruptura del pacto corporativo, la crisis política y económica, los médicos utilizaron su mirada clínica para diagnosticar una enfermedad social cuyos síntomas fueron la violencia, la pérdida de valores y la drogadicción. La introducción de este artículo establece el panorama social y político para el cierre de la década de 1960 y los cambios que impulsaron a los médicos a salir de los laboratorios en busca de la enfermedad en el campo social. En el primer apartado del texto se identifica la relación entre el contexto de la crisis social que percibieron los médicos al cierre de la década de 1960 y la forma en que la psiquiatría, a comienzos del decenio siguiente, se institucionalizó como un instrumento de prevención de las violencias. Después, se estudia el impacto que tuvo la ampliación del concepto de salud impulsada por la Organización Mundial de la Salud en las prácticas y discursos de los médicos locales en la década de 1970. En un tercer momento, se visibiliza la respuesta de los médicos de Guadalajara

al llamado que lanzó el presidente Echeverría para aliviar a la sociedad a través del Plan Nacional de Salud. Finalmente, se resumen y ordenan las estrategias que implementaron los galenos, para así valorar los medios alternos para la solución de conflictos que desarrollaron.

Palabras claves: Medicina Social, Cultura de paz, Jalisco, Siglo XX

Abstract

In this article, I reconstruct the conditions that led physicians in Jalisco to opt for social medicine in the first half of the 1970, highlighting and analyzing their practices and discourses, and elucidating the strategies they employed to foster a culture of peace. In a social context characterized by the breakdown of Mexico's longstanding corporatist pact and political and economic crises, physicians of the time applied their clinical perspective to diagnose a social illness whose symptoms were manifested in violence, the loss of basic human values, and drug addiction, among other related phenomena. In the Introduction, I describe the fundamental characteristics of the social and political landscape in the late 1960s and the changes that led some doctors to abandon their laboratories and clinics and seek to diagnose, rather, illnesses in the social field. The first section identifies the relation that existed between the context of social crisis that many physicians perceived at the time and how psychiatry came to be institutionalized, at the beginning of the following decade, as an instrument for preventing violence. I then turn my attention to the impact of the expansion of the concept of health promoted by the World Health Organization on the practices and discourses of local doctors in the 1970s. In the third section, I examine the response of doctors in Guadalajara to President Echeverría's call to alleviate society's ills through his proposed National Health Plan. In the Conclusions, I summarize and organize the strategies implemented by those physicians and evaluate the significance of the strategies they implemented in an effort to evaluate the results of the alternative means of conflict resolution developed in the period of study.

Keywords: social medicine, peace culture, Jalisco, 20th century

Introducción

En el presente artículo forma parte de una investigación más amplia¹ y analiza el discurso de los médicos en Guadalajara en la década de 1970 frente a las condiciones sociales que precedieron a la ruptura del pacto corporativo en México. Se sostiene que durante ese periodo los médicos tapatíos viraron hacia la medicina social con la intención de aliviar los males que afectaban a la sociedad, como la violencia y la drogadicción. El objetivo es reconstruir la forma en que, durante un momento de inflexión en la vida política del país, los médicos actualizaron el discurso higienista de la medicina social y lo emplearon para fomentar una cultura de paz. Este texto se inscribe en el marco de las reflexiones historiográficas en torno a la medicina social.

El desarrollo de la medicina y la medicina social como concepto

Para la década de 1960, el Estado mexicano gozaba de instituciones sociales consolidadas. Desde la Revolución de 1910, profesionales del Estado fomentaron la salud, la nutrición, higiene y la educación. Las políticas sociales de los gobiernos posrevolucionarios promovieron que se desarrollara la clase media urbana. Los conflictos de clase y religión disminuyeron. La emergencia de medios de comunicación, como el cine, la radio y la televisión, contribuyó a que se formara una nueva subjetividad que demandaba mayores libertades (Vaughan, 2018).

Lorenzo Meyer (2003) refiere que el régimen político mexicano consolidó un proyecto de nación que reflejaba los intereses de la facción triunfadora durante la Revolución mexicana de 1910. En nombre de la democracia política, las élites gobernantes monopolizaron el poder en un orden democrático de un sólo partido durante décadas.

Durante las décadas de 1950 y 1960, en México se implementó un modelo de desarrollo económico que se denominó «el milagro mexicano» o «desarrollo estabilizador». El gobierno fomentó la industrialización, atrajo inversión privada y capital extranjero. Se elevó la productividad y aumentó el ingreso *per cápita*. El gobierno consideró que la riqueza y el progreso se distribuiría entre la población, y la industria se vio como un instrumento para garantizar la estabilidad social y aumentar la calidad de vida. De esta manera, los principios revolu-

¹ Se deriva de mi tesis de doctorado “Discursos y prácticas sobre la. Salud mental en Guadalajara: Carlos Corona Ibarra (1919-2006)”, defendida en 2024 en el Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, Unidad Occidente. <http://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1778>.

cionarios se ligaron estructuralmente con la industria. El éxito del milagro mexicano fue palpable, tan sólo en 1969 la economía de Jalisco creció 8.1% sobre el valor generado el año anterior, y superó el porcentaje nacional de 6.5% (Sánchez y Medina, 1987, p. 86).

De acuerdo con Jaime Sánchez Susarrey e Ignacio Medina Sánchez (1987), la política en Jalisco durante el decenio de 1960 se constituyó a partir de la alianza entre la iniciativa privada y el gobierno. Ejemplo de este pacto político-industrial fue la Compañía Siderúrgica de Guadalajara, la cual se fundó mediante una inversión colectiva. Esta alianza contó, además, con la colaboración de un movimiento obrero al que los industriales consideraban tranquilo y de una iglesia que mantenía al pueblo devoto.

A pesar de su aparente éxito económico, el crecimiento industrial marginó otros sectores económicos y produjo desigualdades sociales. A finales del decenio de 1960, el modelo del desarrollo estabilizador entró en crisis. Sánchez y Medina (1987) refieren que, como efecto de la industrialización, se abandonó el campo, la población migró de forma desmedida, el capital se centralizó, se generó desempleo y subempleo y se relegó el desarrollo tecnológico.

Como consecuencia, se produjo un clima de inconformidad social que se reflejó en fenómenos como “el movimiento estudiantil de 1968 y los brotes aislados de guerrilla urbana y rural” (pp. 75-76). Por su parte, Meyer (2003) refiere que la forma de gobierno autoritaria y antidemocrática impulsó a que los jóvenes mexicanos se manifestaran en las calles demandando libertades sociales, políticas y culturales. El movimiento fue un desafío y una negación de legitimidad contra el régimen autoritario. Las manifestaciones estudiantiles del 68 y la brutal respuesta de los militares marcaron un punto de referencia en la política y la cultura del país.

Meyer (2005) argumenta que la represión de 1968 figura como un catalizador para el cambio y condicionó la manera en que el gobierno se relacionó con los ciudadanos en las décadas siguientes. El movimiento del 68 y la respuesta del gobierno visibilizaron que para las élites dominantes la prioridad era acelerar el desarrollo económico del país para que dejara de ser una nación subdesarrollada. De esta manera, el cambio político y la democratización no estaba en la agenda. De acuerdo con Mary Kay Vaughan (2018), la violenta reacción del gobierno llevó a la polarización de la izquierda, y los opositores más radicales optaron por la lucha armada. Como consecuencia, surgieron grupos guerrilleros en diferentes estados del país (Padilla, 2022). Estos movimientos sentaron las bases para que en el decenio de 1970 emergieran “nuevas organizaciones contestatarias, mayor oposición electoral, nuevos partidos políticos, e incluso brotes de insurrección armada” (Sánchez y Medina, 1987, p. 83).

El periodo entre 1970 y 1980 fue de transición, el gobierno impulsó tres reformas centrales con el propósito de reconectar con las bases populares: la Reforma a la salud, la Reforma a la educación y la Reforma electoral de 1977. De esta manera, la política nacional se rigió por tres movimientos económicos y políticos: el movimiento globalizador que impacto a todas las naciones y llevó a

sus gobiernos a abrir sus economías, redujo el papel del Estado, su función social y acercó a México con Estados Unidos; el surgimiento de una nueva clase política tecnocrática que desligó al gobierno de los compromisos que contrajo con los sectores populares; y el desgaste del régimen y la emergencia de un sistema político que a partir de la reforma electoral de 1977 pasó de un partido único a uno dominante en la competencia partidista (Bizberg y Meyer, 2005).

En la década de 1970, el gobierno de Jalisco contempló el fracaso estructural del milagro mexicano, cuando aceptó que dicho modelo económico provocó pobreza y marginación en la sociedad. Ante este cambio en el clima político, la autoridad reconoció que el acelerado desarrollo industrial generó centralismo, migración, hacinamiento y desempleo (Sánchez y Medina, 1987).

En el plano internacional, la Organización Panamericana de Salud (OPS) impulsó el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980. Durante este periodo, la Organización Mundial de Salud fomentó políticas que integraron la dimensión social a su concepto de salud. A propósito de lo anterior, Agostoni (2008) sostiene que, desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la salud transitó del modelo sanitarista a la salud pública, estatal, nacional e internacional, lo que significó que los médicos adaptaran modelos impulsados desde el extranjero. En los médicos de Jalisco esto generó en una nueva actitud hacia las condiciones económicas, políticas y las conductas de los grupos sociales. Los galenos conceptualizaron esa nueva actitud con el término de “sociología médica”, una forma actualizada de medicina social. Esta nueva actitud supuso que los médicos reflexionaran las causas de la salud y la enfermedad y las consideraran consecuencias de las estructuras económicas y las relaciones sociales. De esta manera estudiaron la etiología de las enfermedades y propusieron estrategias discursivas y educativas para prevenirlas.

De acuerdo con George Rosen (1985), la medicina social está inexorablemente ligada a las condiciones políticas que la producen. Rosen (1985) sostiene que el término de medicina social se acuñó como respuesta a los problemas de salud que la industrialización generó. El autor destaca que la medicina social se basa en las ciencias sociales y en las ciencias médicas en proporciones iguales. Una característica fundamental de la medicina social consiste en que es una disciplina compuesta por un aspecto descriptivo y un aspecto normativo. El primero de ellos estudia las relaciones causales entre las circunstancias sociales y las condiciones médicas; mientras que el segundo aspecto norma los estándares de vida y fomenta estrategias para alcanzarlos (Rosen, 1985).

La sociología médica que los galenos jaliscienses propusieron en los primeros años del decenio de 1970 continuó con la tradición de la medicina social del Porfiriato y el revolucionario de describir y normar las conductas sociales, pero se diferenció de la primera porque rompió con el discurso degeneracionista que atribuía a la raza, la herencia y a la degradación de la sangre las causas de las enfermedades sociales.

A propósito de lo anterior, Miguel Isais (2018) sostiene que durante la segunda mitad del siglo XIX comenzó a manifestarse el interés de los científicos y

los médicos por las enfermedades que se producían en la sociedad, al interior de las clases trabajadoras. Un ejemplo de estos discursos de medicina social durante el Porfiriato se observa en la propuesta que Jesús González Ureña hizo en 1908 a la Academia Nacional de Medicina, la cual consistía en crear una campaña contra la sífilis (Carrillo, 2010). En Jalisco, uno de los principales representantes de estos discursos de medicina social degeneracionista fue Abundio Aceves, médico del Hospital de San Miguel de Belén quien estipuló que la criminalidad era una consecuencia de la degeneración y que debía tratarse como una enfermedad (Isaís, 2018).

La especialidad de psiquiatría, la respuesta médica a la violencia e inconformidad en Jalisco

En la primera mitad de la década de 1970, los médicos de Jalisco volcaron su mirada clínica a la sociedad, estudiaron los acelerados cambios sociales, los brotes de violencia, las manifestaciones de inconformidad frente al pacto corporativo y los juzgaron como síntomas de la enfermedad en el cuerpo social. Los galenos jaliscienses fueron receptivos a los cambios y desarrollaron estrategias para responder a las demandas internacionales, las políticas nacionales y las necesidades locales. Los galenos médicos impulsaron proyectos para tratarlos a través de reformas a la salud mental, institucionalización de las profesiones y la medicina social.

Los profesionales de la medicina implementaron la nueva concepción de salud de la OMS, incorporaron la dimensión social a través de congresos de sociología médica y de psiquiatría social. Una de las estrategias de mayor alcance que emplearon los galenos en Jalisco fue crear instituciones que fomentaran y promovieran el estudio de las condiciones, causas y la conducta social de los individuos. De esta manera, se creó la especialidad en psiquiatría de la Universidad de Guadalajara.

La salud mental en México durante la década de 1970 atravesó un período de reformas que redefinieron el rol de los psiquiatras como profesionales y ampliaron su campo de acción más allá de los muros de las instituciones. Oliver Hernández Lara *et al.* (2017) sostienen que debido a la mala imagen que tenía la psiquiatría en la década de 1960, el gobierno ordenó la clausura del Manicomio General; el decreto llegó del presidente Díaz Ordaz (1964-1970) tan sólo tres meses después de que tomó posesión del cargo. El mandatario argumentó que cerrar el manicomio y sustituirlo por instalaciones modernas era necesario para transformar el sistema asistencial psiquiátrico.

De acuerdo con Hernández *et al.* (2017), fue esencial para el gobierno diferenciar el modelo asilar del Manicomio General de los tratamientos de los hospitales modernos. Guillermo Calderón Narváez, encargado del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, impulsó la reforma al sistema de salud mental y el proyecto multidisciplinario de psiquiatría comunitaria.

Calderón Narváez (1972) lo denominó “Esquema divisional de organización psiquiátrica comunitaria a nivel nacional” (p. 22).

Este proyecto se conformó de diferentes instituciones. En primer lugar, de los hospitales psiquiátricos para consulta externa psiquiátrica, investigación y docencia. La segunda división se enfocó en crear centros comunitarios de salud mental al interior del país. La tercera consideró a los departamentos psiquiátricos en hospitales generales. La cuarta división estaría dedicada a solucionar los problemas médico-psicológicos de la juventud, como la drogadicción y la conducta antisocial. Los centros de psiquiatría comunitaria propuestos por el director de salud mental de la Secretaría de Salud y Asistencia cumplirían con las ciertas actividades que serán expuestas a continuación.

La primera de dichas actividades consistió en asesorar y educar al personal sanitario de los centros de salud. De la mano, se proponía educar a la comunidad sobre higiene, comenzando por las madres, después maestros y sacerdotes, luego el público en general. Otra de las actividades radica en vigilar a las personas sanas con estudios psicológicos, orientación y tutela. Por su parte, también se tenía el objetivo de detectar y atender de forma temprana problemas emocionales de la población, así como mantener el control epidemiológico de la localidad. Promover clubes infantiles, juveniles y centros de diversión para adultos para estimular la salud mental también formaban parte de las actividades de los centros de psiquiatría comunitaria. Por último, una labor fundamental de estos recintos consistía en investigar los problemas de salud mental (Calderón, 1972).

A propósito de lo anterior, George Rosen (1985) identificó a la investigación como el tercer aspecto de la medicina social. De acuerdo con este autor, las investigaciones focalizan la atención en desfases entre las leyes y la vida social y el conocimiento científico, de esta manera se conceptualiza la responsabilidad pública que tienen los grupos con la salud.

En las unidades de salud mental, Guillermo Calderón Narváez implementó el programa de salud mental comunitaria. Este programa buscó integrar la psiquiatría a la medicina general mediante la instalación de unidades de salud mental en los centros de salud. Estas unidades tuvieron el propósito de capacitar al personal de la institución para resolver muchos de los problemas de salud mental; se consideró que así se evitaría duplicar los gastos administrativos y de personal (Calderón, 1972).

En Guadalajara, la salud mental se extendió por el impulso que tuvo la medicina, la educación y la ciencia como producto de las reformas del gobierno de Echeverría. Se crearon carreras y especialidades, mientras el Plan Nacional de Salud llamó a los médicos a diseñar proyectos de desarrollo de las comunidades. Los médicos de Jalisco aprovecharon esta coyuntura para desarrollar carreras profesionalizantes, especialidades médicas, programas sociales y metodologías para intervenir en el espacio público. En este periodo se fundaron el departamento de ciencias de la conducta, la especialidad en psiquiatría, la carrera de psicología y la maestría en psicoterapia.

Los psiquiatras del Hospital Civil de Guadalajara aprovecharon el espíritu reformista de la época para fundar instituciones que respondieran a las demandas sociales del momento. El 21 de mayo de 1970, los médicos Guillermo Hernández Hernández —jefe del Servicio de Neurología—, Raúl López Almaraz —jefe del Servicio de psiquiatría—, José Dorazco Valdez —adscrito al Servicio de electroencefalografía— y Wenceslao Orozco y Sevilla —jefe del Departamento de Neuropsiquiatría— enviaron al rector Ignacio Maciel Salcedo el programa de actividades del departamento para ese año. En dicho documento se solicitó que, según el “acuerdo presidencial”, se aprobara un curso anual de neurología y psiquiatría, que se celebraría del 24 al 26 de septiembre.² El evento contó con el antecedente de un curso de graduados sobre psiquiatría forense que se celebró en la facultad de derecho unos meses antes.³

El 14 de septiembre de ese mismo año se aprobó el dictamen con el que se creó la especialidad de psiquiatría, el cual entró el vigor el año escolar 1970-1971. De acuerdo con el dictamen, la psiquiatría se convirtió en una de las ramas médicas más necesitadas por la sociedad. Para los autores del proyecto era necesario formar médicos psiquiatras con una preparación científica sólida y una actitud humanista, que auxiliaran al individuo y a la colectividad a solucionar sus “problemas convencionales y sus severos desajustes emocionales”.⁴

Los creadores del proyecto consideraban que la población estaba atrapada en la “cada vez más grave problemática social”, caracterizada por “la violencia social, la delincuencia, el alcoholismo, la dependencia a las drogas, etc”. El plan de estudios de la especialidad proporcionaría a los médicos “los conocimientos necesarios para la comprensión de las causas y motivaciones normales y anormales de la conducta”. Para los autores del proyecto de 1970, el hombre constituía una unidad biopsicosocial y enfermaba por causas multifactoriales.⁵

Los médicos atenderían padecimientos de etiología orgánica, neurosis, desviaciones sexuales y dependencia de sustancias. De acuerdo con los psiquiatras, el proyecto de la especialidad tuvo como objetivo formar especialistas con un criterio abierto a todas las corrientes psiquiátricas y buscó anular con las visiones parcelarias y dogmáticas sobre la etiología, patogenia y tratamiento de las dolencias psíquicas. Como respuesta a la demanda social, la especialidad duraría 3148 horas distribuidas en tres años.

El programa se integró con materias básicas, clínicas y propedéuticas. Las primeras tenían como fin darle al alumno los fundamentos de las estructuras nerviosas como asiento anatómico de la emoción, las funciones mentales, la

² Departamento de neuropsiquiatría. (1970). Programa y personal para el primer curso de actualización anual de Neuropsiquiatría. AH-UDG, L894 E304.7 P192-201.

³ Departamento de neuropsiquiatría. (1969). Curso de Graduados sobre psiquiatría forense en la facultad de derecho. AH-UDG, L821 E483 P76-78.

⁴ H. Consejo General Universitario. (1970). Dictamen de creación de especialidad en psiquiatría. AH-UDG, L891 E297.14 P155-168, especialmente 156.

⁵ H. Consejo. (1970). Dictamen. p. 156.

relación mente cuerpo, los componentes químicos de los tejidos neurales, el metabolismo cerebral, los factores y enfermedades que lo afectan; así como las hipótesis y teorías genético-bioquímicos en la etiología de las enfermedades mentales, las correlaciones mentales (conciencia, memoria, atención, percepción, etcétera). Las materias clínicas adiestrarían a los alumnos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas. Las propedéuticas reforzarían los elementos teóricos y los recursos paraclínicos útiles para diagnosticar.⁶

Las actividades de los alumnos se programaron de la siguiente manera: todas las mañanas a partir de las siete, atenderían al pase de visita en el servicio de neuropsiquiatría y tomarían la clase de farmacología; a continuación, atenderían la consulta externa y recibirían adiestramiento en psicoterapia; después asistirían al seminario de casos clínicos y atenderían la consulta de otros servicios. Las mañanas terminaban con la sesión anatómico-clínica en el Hospital Civil y con la elaboración de historias clínicas. Por las tardes tomarían los cursos de ciencias básicas y psiquiatría de la comunidad.⁷

Durante los últimos días de septiembre se celebró el Curso Anual de Neurología y Psiquiatría en la Escuela de Medicina adyacente al Hospital Civil. Este curso funcionó como propedéutico para la especialidad de psiquiatría. Los profesores fueron Wenceslao Orozco, Raúl López Almaraz, Guillermo Hernández Hernández, José Dorazco Valdez, Salvador González Cornejo, Fernando Arreola Chávez, Ramón Naranjo Jiménez, profesor de bioquímica de la Facultad de Medicina, y Sergio Gorjón Cano, becario del Departamento de Neuropsiquiatría de la UNAM.⁸ Las ponencias cristalizaron los intereses de los psiquiatras de Guadalajara en la década de 1970. De acuerdo con el programa del curso, los temas fueron 1) accidentes vasculares cerebrales, 2) traumatismos craneo-encefálicos, 3) agitación psicomotriz, 4) manejo de psicodrogas, 5) estado de mal epiléptico, 6) intoxicación por neurofármacos, 7) síndromes depresivos, 8) suicidio, 9) violencia social, 10) homicidio y 11) drogadicción.

De esta manera, los médicos de Guadalajara aprovecharon el periodo de transición política que tuvo lugar después de la ruptura del pacto corporativo para extender el campo de acción de la salud mental. Legitimaron sus prácticas y discursos en las necesidades sociales que detectaron, entre las que se encontraban la violencia, el terrorismo y la farmacodependencia. Se presentaron como agentes de paz y crearon un dominio profesional que continua vigente.

⁶ H. Consejo. (1970). Dictamen. p. 158.

⁷ H. Consejo. (1970). Dictamen. p. 163.

⁸ Departamento de neuropsiquiatría. (1970). Programa y personal para el primer curso de actualización anual de Neuropsiquiatría. AH-UDG, L894 E304.7 P192-201.

El giro de la medicina en la década de 1970: La dimensión social de la salud

Desde finales del decenio de 1960 y comienzos de 1970, la Organización Mundial de la Salud postuló que la salud era una herramienta del desarrollo económico y social para los países del tercer mundo. A las dimensiones biológica y psicológica del hombre se le agregó la dimensión social. Los médicos locales aprovecharon la coyuntura para proponer soluciones y extender el alcance de la medicina social en el estado. La revista *Medicina de Jalisco* (1973) publicó una edición especial de dos números dedicados a la sociología médica y la medicina social.

La Asociación Médica de Jalisco, el Instituto de Psiquiatría y Medicina Psicosomática de la Universidad de Guadalajara y los miembros de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco impulsaron simposios, congresos y conferencias de medicina preventiva, la psiquiatría social y el psicoanálisis. Los médicos de Jalisco crearon proyectos de carreras profesionales —como la de psicología y la de relaciones humanas— y especialidades médicas —como la psiquiatría, que incidirían directamente en la sociedad para devolverle a esta la prosperidad y paz que imperó durante el pacto corporativo—; ejemplo de esto fue el simposio internacional titulado “Análisis Médico de la Cultura Actual”. Este evento reflejó las preocupaciones de la comunidad médica frente al deterioro social y las propuestas a implementar para aliviar las enfermedades sociales.

El martes 19 de septiembre de 1972 la prensa local publicó el anuncio “Guadalajara, será sede de importante symposium sobre análisis médico de la cultura local” (Martínez, p. 4). Por su parte, *El Occidental* (19 de septiembre de 1972, p. 1) reportó que, en una rueda de prensa organizada por la Asociación Médica de Jalisco, José Trinidad Pulido Sánchez, presidente del organismo, y Carlos Corona Ibarra, director del Instituto de Psiquiatría y Medicina Psicosomática, destacaron que más de cincuenta por ciento de las enfermedades de los mexicanos eran producidas por angustias, emociones y problemas que producían gran mortalidad. Los interpelados listaron las enfermedades psicosomáticas más comunes: jaquecas, úlceras, artritis, infartos, hipertensión, obesidad y muchos otros. De la misma forma, anunciaron que la población necesitaba hacer algo para no ser víctima y que por ello los días 7, 13, y 20 del mes de octubre celebrarían un simposio para analizar desde el punto de vista médico la cultura actual.

El evento se celebró en la sede de la Asociación Médica de Jalisco (AMJ) —la asociación que aglutinaba todas las sociedades médicas del estado—, en “La Casa del Médico”, y participaron Eduardo Montes de Oca —director del Hospital “Rubén Leñero” de la Ciudad de México—, J. Trinidad Pulido Sánchez —presidente de la AMJ—, Antonio Taracena —jefe de los Servicios Médicos del Distrito Federal—, Guillermo Reyes Robles —secretario general del PRI en Jalisco—, Carlos Corona Ibarra —director del Instituto de Psiquiatría y Medicina Psicosomática de la Universidad de Guadalajara—, Leopoldo Zea —director de Difusión Cultural de la UNAM—, José Cuelli —director del Colegio de Psi-

cología de la UNAM—, Sergio Novello —miembro del Departamento de Planeación de los Servicios Médicos del Distrito Federal— y los psicoanalistas Santiago Ramírez, Fernando Arizmendi y Marco Antonio Dupont, miembros de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, entre otros (*El Informador*, 13 de octubre de 1972, p. 2-A).

Las discusiones se ordenaron en tres ejes: la salud pública, la educación y la política. Los ponentes disertaron sobre la autoridad, la violencia y el cambio de las generaciones, la filosofía de la educación, los aspectos psicosomáticos de las técnicas de la educación, la psicodinámica del poder, las raíces psicodinámicas del poder en México, los problemas en las técnicas educativas y la filosofía de la política (*El Informador*, 13 de octubre de 1972, p. 2-A). Corona inauguró el simposio analizando un fenómeno de su tiempo a través de la alegoría del burócrata.

Luego de ello, vino el simposio de Sociología Médica, que se celebró los días 14 y 15 de junio de 1973. Con este evento, los médicos de Jalisco respondieron al llamado de la Organización Mundial de la Salud de incorporar la dimensión social a sus análisis. En el evento reflexionaron el rol de las estructuras sociales como desencadenantes de la enfermedad y el papel de la medicina en la evolución social.

La Universidad de Guadalajara y la Sociedad Médica de Jalisco coordinaron el congreso y lo promovieron Carlos Corona Ibarra y José Trinidad Pulido Sánchez. El evento contó con la participación de más de 70 especialistas que discutieron temas como la sociología general y la sociología médica, el análisis estructural de las sociedades en desarrollo, el análisis estructural de la sociedad mexicana, el análisis histórico de la medicina, el concepto pre-científico de la enfermedad, la importancia histórica de las enfermedades, el problema social de la enfermedad, la salud pública, la curación y la prevención de la enfermedad, entre otros.⁹

José Trinidad Pulido Sánchez inauguró el evento señalando, que recientemente la Organización Mundial de la Salud había agregado un nuevo elemento a su definición de salud, el social; sumado este a los factores físicos, los médicos de Jalisco contemplarían ahora a “la Sociedad, a la convivencia humana formando parte integrante de la salud y del bienestar general” (Pulido, 1973a, p. 41). De acuerdo con Pulido, tal como la OMS la definía, la medicina era sólo una parte del proceso de desarrollo de la comunidad, el papel social del médico se debía en lo social y lo educativo a esa causa.

En este sentido, los organismos internacionales de salud comenzaron a utilizar este discurso desde finales de la década de 1960, pero se volvió un paradigma en los años 70. En la XX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud efectuada en Washington, D. C., E.U.A., en octubre de

⁹ Folleto de Congreso de Sociología médica. (1973). AP-CCI, caja 3.

1971, Héctor Acuña Monteverde, asesor de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, señaló en su conferencia “Un reto mexicano al subdesarrollo de la comunidad”, que la expresión “desarrollo de la comunidad” se incorporó al uso internacional para incentivar a la sociedad y al gobierno a sumar esfuerzos para mejorar la circunstancias “económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar a éstas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional”. En esta definición acuñada por los especialistas de las Naciones Unidas se consideran dos objetivos: “el mejoramiento y la integración” (Acuña, 1971, p. 4).

En su introducción al simposio de Sociología Médica, Pulido (1973a) apeló a la definición de salud acuñada por la OMS y enfatizó que significaba un estado de bienestar físico, mental y social. Gracias a este cambio en el racionamiento, los alcances de los médicos de Jalisco se ampliaron a la prevención de los males sociales, las causas de las enfermedades no sólo eran biológicas o mentales, tampoco era una combinación de estos dos elementos, sino que estaban condicionadas por los fenómenos sociales. La enfermedad era uno de los mejores indicadores del desequilibrio entre el hombre y su medio. El paciente no era sólo un caso clínico, era una persona afectada para bien o para mal por el ambiente, las costumbres y las fuerzas.

Pulido (1973a) reconoció que hasta ese momento en el sistema capitalista se practicaba y se enseñaba casi exclusivamente la medicina curativa y patogénica porque era la que representaba ganancias económicas para los médicos y la industria farmacéutica. Sin embargo, dijo que existía otra práctica médica, la preventiva y etiológica. Para el médico era momento de que la medicina tradicional saliera de la clínica individual y bajara de “la torre de marfil de la enseñanza especializada y la investigación académica” (Pulido, 1973a, p. 39). El presidente de la AMJ dijo que la clase médica estaba convencida de que debía de intervenir y asimilar a sus estudios y a sus técnicas el factor social.

Pulido (1973b) refirió que los médicos jaliscienses crearon departamentos de medicina preventiva ante la necesidad global de la medicina comunitaria o social. Prevenir y curar serían las acciones que restaurarían al hombre el equilibrio perdido. El área de salud pública fue la responsable de formar una red de hospitales públicos y privados, centros de salud, clínicas, guarderías, consultorios, asilos y brigadas sanitarias, para que ejecutaran esa doctrina. A través de esta red, supuso que la medicina preventiva se infiltraría entre los individuos y los grupos.

De acuerdo con el presidente de la AMJ, con esta filosofía, el médico sería un agente de cambio social que enseñaría e inspiraría a la gente a modificar sus costumbres por “acciones que la ciencia ha demostrado son beneficiosas para la salud” (Pulido, 1973a, p. 39). El impacto del médico dependería de la actitud que tuviera en sus relaciones con los pacientes; “como instrumento puede usar, principalmente, el adoctrinamiento que ha comprobado su eficacia en campos tales como la religión y la política” (p. 39). Este generaría cambios en las normas, los hábitos y las costumbres que elevan el nivel de salud de la comunidad.

En este contexto, Carlos Corona Ibarra (1972), director del Instituto de Psiquiatría y Medicina psicosomática, publicó el artículo “Análisis médico de la cultura actual”, en la *Revista del Sanatorio de Jalisco*. El texto fue una propuesta dirigida a los médicos de Jalisco para que integraran los conocimientos que acumuló el IPMP después de años de trabajar con grupos usando las técnicas psicoanalíticas en los laboratorios de Relaciones Humanas y de Pedagogía Médica. Corona estaba seguro de que, con los descubrimientos que hizo, impulsaría la evolución de la cultura hacia una nueva forma de vivir más humana y consciente. Para el psicoanalista el progreso era un sistema de conducta de grupo que se anticipaba a las carencias y permitía a los humanos usar de forma integral sus capacidades:

Queremos plantear y ofrecer los sistemas médicos de habilitación psicológica que hemos experimentado ya muchos años en "Laboratorios de Relaciones Humanas y Pedagogía Médica", en el Instituto de Psiquiatría y Medicina Psicosomática de la Universidad de Guadalajara, de donde creemos que ya es posible pasar del sistema actual de sobrevivencia por selección natural, competitiva, a uno más humanista, de mayor conciencia y menos destrucción alterna innecesaria y primitiva (p. 50).

De acuerdo con Corona (1972), el psicoanálisis comenzó a aplicarse en ese momento para entender los malestares sociales porque la complejidad humana hizo que los marcos tradicionales de la filosofía, sociología y economía fueran insuficientes. Este médico argumentaba que, para analizar la cultura, existían tres constantes: 1) que los hombres tenían diferentes etapas de evolución, a la que entendía como un proceso biopsicosocial en el marco del lamarckismo freudiano; 2) que el desarrollo biopsicosocial del hombre se puede quedar fijado a una etapa de evolución inferior; y 3) que la conducta y filosofía de los hombres dependen de que la estructura psicofisiológica haya evolucionado.

La mejor forma de tratar males sociales como la violencia, la dependencia a las drogas y el parasitismo burocrático era usar la educación creativa para impulsar el desarrollo psicofisiológico de sus integrantes. El médico creía que una sociedad desarrollada era aquella en la que sus recursos preventivos cultivaban la cultura, la creatividad y la libertad. De acuerdo con Corona,

Mientras más desarrollada esa capacidad de antropocultura, sus actividades de violencia serán innecesarias y en cambio más preventivas y menos reparativas. Más deportivas y menos utilitarias. De más humanidad y menos vegetación parasítica. Que la gente viviendo de esta manera, será más hábil, más prevenida, más protegida, más creativa y también más libre (p. 50).

El giro de los médicos de Jalisco a la medicina social continuó a lo largo de la primera mitad del decenio de 1970. Las reflexiones y propuestas de los médicos de Jalisco se expresaron a través de *La revista de la Asociación Médica de Jalisco*,

particularmente en los números dos del volumen cuatro y uno del volumen cinco, dedicados a la medicina social.

El número dos del volumen cuatro se publicó en octubre de 1973 como una edición especial dedicada a la Sociología Médica, en la cual participaron sociólogos, filósofos y médicos. Entre los autores del número se encuentran Jorge Delgado Reyes, Trinidad Pulido Sánchez, Efraín Urzua Macías, Rafael García de Quevedo, Javier García de Alba García, Alma Celia Morfín, Leticia García, Celedonio Cárdenas, Enrique García Ruíz, Carlos Corona Ibarra, entre otros. Además, participó un grupo de psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, entre los que se encontraban Santiago Ramírez, Guido Belsasso, José Cueli, entre otros.¹⁰

El número siguiente se publicó en mayo de 1974 y reprodujo un número de artículos del “Simposio: Análisis de la Problemática Social de la Ciudad”. En esta ocasión aparecieron como autores Sigifredo Hernández Mora, Alfredo Corona Ibarra, Guillermo Reyes Robles y Carlos Corona Ibarra. Ambas publicaciones visibilizan el tránsito de los médicos de Jalisco a la medicina social y preventiva. En el prólogo de la revista, Jorge Delgado Reyes (1973) coordinador de la edición Sociología Médica, resaltó que la práctica no se hacía en el vacío, postuló que el hombre era bio-psico-social, por lo tanto, el médico debía conocer al humano como miembro de la comunidad. Además de los conocimientos científicos y tecnológicos propios, el médico tenía la misión de conocer los componentes socioeconómicos y culturales de su contexto, por lo tanto, debía asumir el papel de sociólogo. Este tipo de discursos visibilizan que las preocupaciones de los médicos de Jalisco se circunscribían dentro de la lógica de la medicina social. Lo anterior coincide con las afirmaciones de Rosen (1985) a propósito de que la medicina social estudia a la salud como un valor con implicaciones prácticas en el cuidado y la educación.

El Plan Nacional de Salud y la medicina social de Jalisco

El 23 de octubre de 1972, el presidente Echeverría convocó a todos los gobiernos estatales, organismos de salud y seguridad social, sociedades médicas, universidades y a la academia a celebrar una Convención Nacional de Salud, con el propósito de diseñar el nuevo Plan de Salud para la República Mexicana. De acuerdo con la revista de Salud Pública, los estados organizaron reuniones en las que discutieron la filosofía y los propósitos contenidos en esa iniciativa (El Plan Nacional de Salud: Antecedentes, 1974, pp. 887-888).

Esto significó un acercamiento de la salud a los problemas sociales, se vinculó, además, con la creciente preocupación de la comunidad internacional por el consumo de las drogas. A principios del decenio se celebró en Viena la “Conferencia de las Naciones Unidas para la Adopción de un Protocolo sobre Sustancias Sicotrópicas”, evento en el que se aprobó el Convenio sobre Sustancias

¹⁰ Bitácora del IPMP. (15 de febrero de 1973). AP-CCI, caja 4.

Sicotrópicas de 1971 (Organización de las Naciones Unidas, 1971). Ese año, la UNESCO declaró las primeras medidas de su programa de largo plazo para combatir las drogas: la educación, la información y la investigación; esto con el objetivo de contribuir al esfuerzo de las Naciones Unidas contra los estupeficientes. El reporte de la UNESCO se dirigió a los médicos, educadores y psiquiatras con la finalidad de que analizaran el rol de la educación para evitar el uso indebido de las drogas. Estos especialistas eran los encargados de atender las cuestiones sociales (UNESCO, 1973).

Como respuesta al llamado del presidente, la comunidad médica de Jalisco celebró un simposio sobre el uso de drogas. El 15 de enero del año 1973, Felipe Torres Plank, presidente de la Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría (SJN), invitó a Corona a inaugurar las actividades del año impartiendo un seminario sobre farmacodependencia.¹¹ El curso fue una colaboración de dos instituciones dedicadas a prevenir y atender la salud mental y las psicopatologías sociales en Guadalajara. En el seminario también participaron José Cueli, Harold Rosen, Arlene Wholberg, Lewis Wholberg y Guido Belssaso (*El Informador*, 27 de enero de 1973, p. 1).

Los ponentes del simposio discutieron las causas psicosociales del uso de fármacos (*El Informador*, 29 de enero de 1973, p.3-C), coincidieron en el interés del presidente Echeverría por el tema de las drogas y acordaron con el gobernador Alberto Orozco Romero extender los estudios sobre la farmacodependencia de la Ciudad de México a Guadalajara (*El Informador*, 27 de enero de 1973, pp. 1-A, 2-C). En marzo de 1973, Corona y José Trinidad Pulido presentaron al gobernador un anteproyecto para la creación de un centro de rehabilitación para farmacodependientes, en el que refieren que,

Siguiendo las indicaciones de usted durante la entrevista que tuvo lugar en la Casa de Gobierno, el día 26 del presente año, [...] tenemos el gusto de presentar a su consideración, el Anteproyecto para la creación de un Centro de Rehabilitación para Jóvenes farmacodependientes en la ciudad de Guadalajara. [...] El funcionamiento de este Centro dependerá de un Consejo Directivo presidido por el jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado y formado por los Delegados del I.M.S.S., I.S.S.T.E., IJAS, la Asociación Médica de Jalisco, y la Asesoría científica y de Investigación será por parte del Instituto de Psiquiatría y Medicina Psicosomática de la Universidad de Guadalajara.¹²

Con este anteproyecto, los psiquiatras de Jalisco se alinearon con el discurso internacional de condena al uso de drogas. Los médicos de Jalisco coincidieron con la explicación en que el uso de las drogas se extendió de manera alarmante

¹¹ Bitácora del IPMP. (15 de febrero de 1973). AP-CCI, caja 4.

¹² Corona, C. (1973). Anteproyecto de centro de rehabilitación para farmacodependientes. AP-CCI, caja 3.

entre los jóvenes de todas las capas de la sociedad. De práctica solitaria, ha pasado a ser una actividad de grupo, pues servía como medio de evasión. Para los especialistas locales, nacionales e internacionales, la afición de las drogas para 1970 se convirtió en un problema de politoxicomanía, con una clara tendencia de pasar a las drogas fuertes.

La preocupación alcanzó también a los médicos de la capital. De acuerdo con Carlos Campillo Sáinz, Subsecretario de Asistencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, desde la primera Convención de Salud celebrada a principios del decenio se empezaron a estudiar las características del problema, los recursos y se revisaron las políticas. A partir de esos análisis se elaboraron planes y programas de atención médica integral de acuerdo con las necesidades de salud y las condiciones del país (Campillo, 1974).

El subsecretario señaló que la rehabilitación se naturalizó como objeto de salud con el Código Sanitario de 1973. El artículo 151 del Código estableció que "La Secretaría de Salubridad y Asistencia adoptará medidas y realizará actividades de prevención y rehabilitación en materia de invalidez" (Campillo, 1974, p. 869). La rehabilitación pasó a ser entendida como física —para dotar de autosuficiencia al individuo—, psíquica —para ajustar y orientar sus problemas emocionales—, social —para incorporarlo a la familia y a la comunidad—, educativa —para darle aprendizaje y cultura— y ocupacional —para adiestrarlo al trabajo—.

Del 16 a 20 de julio de 1973, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, se celebró la Primera Convención Nacional de Salud. La ceremonia inaugural fue presidida por el presidente de la República y contó con la presencia de todos los gobernadores de los estados y representantes de las diversas instituciones, academias y sociedades de especialistas que participaron en las mesas de trabajo. En el evento se presentaron más de 200 ponencias donde se discutieron los problemas de salud del país y se revisaron las estrategias que se seguirían para enfrentarlos en los próximos diez años. Como resultado, se diseñó el Plan Nacional de Salud, el cual, según el presidente Echeverría señaló, enmarcaba todas las actividades que se desarrollarían en el sector durante la siguiente década, identificaba las necesidades y la mejor manera de aplicar los recursos humanos, financieros y técnicos de que disponía el país (Editorial, *Salud Pública de México*, 1973, pp. 486-488).

En términos generales, este plan del gobierno mexicano coincidía en filosofía y objetivos con el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980 que se elaboró por la Organización Panamericana de la salud de 1971 a 1973 en tres reuniones especiales que tuvieron los ministros de salud del continente. Los objetivos del plan de la OPS fueron: la política de población, controlando la natalidad; el control de medio ambiente, desarrollando e implementando nuevas tecnologías plaguicidas; la malnutrición, asesorando directamente a los países para formular y ejecutar políticas de alimentación; la planificación de la salud, armonizando las necesidades de la población con los recursos que se dispone; la participación de la comunidad, institucionalizando el servicio social; las asisten-

cia médica, mediante la prevención, el fomento del bienestar y organizando de forma más funcional los servicios médicos; los recursos humanos, reestructurando los currículos de medicina y que hagan del estudiante un participante activo del proceso; las enfermedades transmisibles, buscando reducir la incidencia al generar niveles óptimos de inmunidad; salud animal, estandarizando el nivel de efectividad de las vacunas; el control de cáncer cérvico uterino, detectando precozmente su desarrollo; las enfermedades crónicas, como el cáncer de pulmón, atacando el tabaquismo; y la salud dental fomentando la higiene (Horwitz, 1973).

El Plan Nacional de Salud de Echeverría estableció metas a corto y mediano plazo. Los objetivos se dividieron en rubros como servicio social voluntario en el desarrollo de la comunidad, higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente, educación para la salud, nutrición, salud materno-infantil y planificación familiar, salud bucal, salud mental, salud ocupacional, higiene del deporte y la recreación, producción de biológicos y control de medicamentos, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, prevención de accidentes, asistencia médica, así como servicio social (Vizcaino, 1974).

Con el Plan, el gobierno buscó aumentar la esperanza de vida de 63 a 65 años para 1976, y a 68 años para 1983. Propuso organizar Comités de Salud, asegurar la participación de la población en el desarrollo de los programas locales, integrar la enseñanza para la salud a todos los niveles educativos, establecer programas de higiene del deporte y recreación en todas las comunidades. Otros de sus objetivos consistían en proporcionar servicios de salud a 66.5 millones de mexicanos —lo que representaba el 85% de la población—, así como duplicar los proyectos actuales de investigación en el campo de la salud de conformidad con las prioridades. Dentro de las propuestas también se contemplaba adiestrar 1 110 médicos generales por año, de los cuales 800 estuvieran preparados en salud pública, para alcanzar un índice de uno por 50 000 habitantes. Entre otros de los múltiples puntos a alcanzar, fue crear servicios de “consejo genético” en los principales hospitales de la República (Vizcaino, 1974).

De acuerdo con lo que señala la revista *Salud Pública de México* (1974) en su artículo “Metas proyectadas a 1983”, los médicos que diseñaron este plan crearían 28 servicios de psiquiatría comunitaria: 10 en el Distrito Federal y 18 en las entidades federativas. Se buscaba incluir en hospitales generales anexos psiquiátricos, que representarían el cinco por ciento del total de las camas: dos en la Ciudad de México y tres en entidades federativas. La intención era crear tres hospitales regionales y tres estatales, con un total de 2 700 camas para enfermos recuperables, así como construir once albergues para enfermos mentales irrecuperables, con un total de 2 500 camas: dos para el Distrito Federal y nueve foráneos. Dentro de las disposiciones también se incluía asegurar el funcionamiento de Centros de Integración Juvenil y Unidades de Urgencia para la atención de casos de farmacodependencia en todos los estados del país, y la instalación de diez talleres de trabajo para los enfermos mentales en el Distrito Federal y en los estados del interior del país.

En este contexto, el 5 de septiembre de 1973 el director del IPMP envió un oficio a Rafael García de Quevedo, el rector de la Universidad de Guadalajara, en el que adjuntó “para su consideración” el programa de “Problemática Humana” que organizó para la XII Asamblea Médica. Este programa incluía temas relacionados a la psiquiatría dinámica y social. De acuerdo con Corona, este programa se diseñó con base en los fenómenos de “La Angustia, la Farmacoddependencia, La Comunicación y la Psiquiatría Social”. La propuesta visibiliza el rol que juega Corona en la planeación y gestión del evento y las preocupaciones del gremio médico durante el periodo.¹³

El programa se componía de cinco secciones: 1) el laboratorio de relaciones humanas, 2) la familia y los problemas sociales, 3) la angustia, 4) la comunicación y 5) la psiquiatría social. También incluía conferencias sobre el crimen, la apatía, la infancia, la sociedad, la vivienda, la autoridad, la adolescencia, la sugestión, el activismo, el alcoholismo, la capacitación, el pandillerismo, el burocratismo, la deserción escolar, la medicina psicosomática, la farmacoddependencia, la comunicación no verbal, la comunicación neurótica, el medio urbano, la educación integral, los fundamentos del psicoanálisis, la rehabilitación y la prevención.

A finales del año, se verificó la asamblea. Con esta celebración, los médicos del estado doblaron su apuesta por la sociología médica y la medicina social. Sergio Zambrano Villa (1973), presidente del comité organizador del evento, declaró que la comunidad médica de Jalisco, consciente de las demandas del público, respondería en la XII Asamblea Médica de Occidente con programas educativos que propiciarían “la Socialización de la Medicina en beneficio de la amada Patria Nuestro México” (p. 1). La medicina saldría de sus laboratorios y gabinetes de expertos, se acercaría a la comunidad e instruiría a los médicos generales sobre su rol como agentes en los congresos y simposios. Para Corona, igual que para sus antecesores de la primera mitad de siglo, los psiquiatras del movimiento de higiene mental mexicano, el giro a la medicina social en Jalisco en la década de 1970 fue una oportunidad para la psiquiatría psicoanalítica y para el IPMP de involucrarse en proyectos sociales reformadores.

El Comité Organizador de la Decimosegunda Asamblea Médica de Occidente (1973) destacó que uno de sus objetivos era llenar el vacío que se hizo en los últimos años alrededor del médico general. Para hacerlo, añadieron la sección de educación médica continua, a las de medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia. De acuerdo con los organizadores, era un deber procurar el bienestar físico, mental y social de la población a través de la medicina social. El tiempo estaba cambiando y después del “desproporcionado” énfasis en la “ultraespecialización médica”, lo más importante, “desde el punto de vista social, económico y psicológico”, era restituir el papel del médico general; el primer contacto con la “humanidad doliente” (*Medicina de Jalisco*, 1973, p. 2).

¹³ Bitácora del IPMP. (5 de septiembre de 1973) AP-CCI, caja 4.

De acuerdo con Rosen (1985), la meta de la medicina social es estudiar los elementos que componen las circunstancias sociales y que impactan en la salud de un grupo o de alguno de sus miembros, esto con la finalidad de proponer medidas sanitarias o sociales que mejoren dicha condición. De acuerdo con este razonamiento, la medicina social implica fomentar la salud como un valor social. Esta promoción se expresa mediante prácticas en el cuidado y la educación. A propósito de esto, Claudia Agostoni (2008) señala que a finales del siglo XIX el Estado implementó proyectos sanitarios a través de estrategias discursivas, normativas y educativas que fortalecieran, vigorizaran e higienizaran al pueblo. Usar la educación como estrategia para promover la salud como un valor social es uno de los aspectos centrales de la medicina social, es también una de las características que más claramente se observan en el giro que los médicos tapatíos hicieron hacia la medicina social a principios del decenio de 1970.

En este momento histórico en que las esferas políticas apelaron a la educación y a las ciencias para desarrollar al país, que la medicina se interesó por el aspecto social y la psiquiatría se enfocó en integrarse a la comunidad, los médicos de Guadalajara salieron del laboratorio y se volcaron al espacio público. Ejemplo de esto es Carlos Corona Ibarra, el director del IPMP, cuya experiencia visibiliza el proceso a través del cual los médicos de Jalisco cambiaron sus perspectivas en torno a la salud y se volvieron participantes activos en el debate del desarrollo social.

La experiencia de Corona es paradigmática, pues pasó de ser un profesor investigador y un médico de la mente para convertirse en un crítico social y agente del cambio. El papel que desempeñó en estos eventos hizo de Corona un pionero en Jalisco para de la sociología médica y lo colocaron a la vanguardia del renovado interés en los aspectos sociales de la enfermedad.

En 1974, la comunidad médica del estado, coordinada por la AMJ, continuó con el proyecto de capacitar a los médicos generales sobre las problemáticas sociales actuales. Corona se comprometió con esta finalidad, su objetivo fue dotar a los médicos generales de herramientas para comunicarse con sus pacientes. Buscó enseñar a médicos y paramédicos a evaluar y atender las diferencias, las intermitencias y rupturas que se producen en la comunicación y que afectan las relaciones humanas. Impartió y coordinó diversos cursos en la Escuela de posgrado, participó en congresos, publicó en revistas locales, nacionales e internacionales, colaboró en el diseño del proyecto de la licenciatura en psicología y creó la Asociación Médica Nacional para Relaciones Humanas.¹⁴

A comienzos del año, la AMJ organizó su “Primer curso de actualización para médicos generales”. Este reunió los anhelos de los coordinadores del curso, reunió los anhelos, las ilusiones y las motivaciones de quienes creían que

¹⁴ Corona, C. (1974). Acta de fundación de la Asociación Médica Nacional para Relaciones Humanas. AP-CCI, caja 3.

“EL MÉDICO, ES Y DEBE SER EL INSTRUMENTO DE CAMBIO MAS IMPORTANTE EN LA ESTRUCTURA SOCIAL DE NUESTRA PATRIA!”¹⁵

De acuerdo con sus autores, este curso perseguía dos tipos de objetivos: inmediatos y mediatos. Los primeros consistían en que el médico general de las comunidades de México conociera la estructura biopsicosocial del hombre y entendiera su función como promotor de la salud, que el médico creara y coordinara equipos de salud dentro de las comunidades que aprovecharan los recursos de estas y que los médicos integraran equipos que vigilaran el bienestar biopsicosocial de la comunidad para su desarrollo. Por su parte, los objetivos mediatos eran interesar al médico para que continuara su educación de forma permanente y autónoma y cambiar la dinámica del médico y de la comunidad “mediante la psicodinamia de la convivencia” para cultivar un pensamiento “de sistemas en vez de milagros y una tolerancia individual de las emociones a cambio de un fanatismo”.¹⁶

Para sus organizadores, la educación médica era primordialmente una educación para el desarrollo social. Definieron “desarrollo” como “la necesidad primaria de los hombres y de los pueblos para realizar su propia vocación y el acrecentamiento de su propia entidad personal y social”. Sostenían que la educación era un reflejo de la estructura social. Educar significaba “lograr con ella [la educación] un desarrollo emocional y colectivo para que [...] el individuo seleccione la información del ambiente para fines creativos obteniendo con esto, un alto nivel de eficiencia en el desempeño de su proyección social”. La educación debía estimular la creatividad y desarrollar las habilidades emocionales de los sujetos. Los individuos se volverían a través de la educación más eficientes y responsables.¹⁷

A propósito de lo anterior, George Rosen (1985) sostiene que el alcance de la medicina social se delimita en tres aspectos de la salud, en la comunidad, en la política y como valor social. De acuerdo con Rosen (1985), en lo que respecta a la comunidad, la medicina social se preocupa por la forma en que se relacionan la enfermedad y la salud con las instituciones, las normas y los niveles de vida. En cuanto a valor social, la medicina social se interesa por conocer cómo los distintos grupos la valoran, cuáles son sus aspiraciones y deseos en torno la salud. Finalmente, en cuanto a la política, la medicina social confronta los atrasos de la legislación frente a los cambios sociales y los avances científicos.

En este sentido, los médicos consideraron que para impulsar un cambio real y racional debían aprender primero de los elementos del “factor humano”, es decir, los componentes psicodinámicos del hombre. Los autores del proyecto señalaron que sus ideas comulgaban con las que Fromm presentó en 1969 ante la Academia Mexicana de Medicina. Creían que el desarrollo de la comunidad

¹⁵ Asociación Médica de Jalisco. (1974). Programa de Primer curso de actualización para médicos generales. AP-CCI, caja 3.

¹⁶ Asociación. (1974). Programa.

¹⁷ Asociación. (1974). Programa.

dependía de la calidad humana del pueblo, tanto como de los recursos económicos. Concluían que el fin primero de la educación médica era enseñarlo a cambiar, “desde el punto de vista social”, a su comunidad. Para hacerlo debía conocer plenamente a las personas, acercarse con ellas de forma auténtica, introyectar sus problemas y concientizarla de su realidad social, de esta forma fomentarlas a que participen en la vida de la colectividad.

El programa se desarrolló en tres etapas, que iniciaron a principios de enero y terminaron a finales de febrero de 1974. El evento se inauguró a las nueve de la mañana con una introducción que dio José Trinidad Pulido Sánchez, presidente de la AMJ y coordinador general del evento; después Gabriel Felipe Cabrera, director del curso presentó los lineamientos generales de este; el tercer lugar fue para Corona, quien impartió la primera sesión de su seminario “Diseño de relaciones humanas”. Corona fungió también como presidente del simposio “Problemática y dinámica familiar” y de la segunda sesión anatomo-clínica. Además de este psicoanalista, participaron otros médicos en el evento, como Jorge Campos Figueroa —presidente de la primera sesión clínica—, Francisco Álvarez González —presidente de la segunda sesión clínica—, Juan Márquez Padilla —presidente de la primera sesión anatomo-clínica—, Ricardo Figueroa —presidente del simposio “El médico y su papel en la educación integral de la comunidad”—, Jorge Delgado Reyes —presidente de la segunda sesión del simposio “Valoración Clínico-Socio-económico cultural de un grupo familiar”—, los médicos residentes Gabriel Felipe Cabrera Pedrote, Gloria Silvia Garrido Ochoa, Blanca Alicia Meza León, Martha Rodríguez Álvarez y Baudelio Villalobos Hernández, entre otros.¹⁸

En mayo de 1974, la Asociación Médica de Jalisco cambió de consejo, motivo que fue celebrado con una serie de conferencias. Así, José Trinidad Pulido, ya como presidente del Comité Directivo de la AMJ, rindió su “Informe de Actividades Científicas Desarrolladas en la Asociación Médica de Jalisco, durante el Período 1972-1974”, el nuevo presidente del Consejo, el psiquiatra Felipe Torres Plank, dio su “Discurso de toma de posesión de la Presidencia del Comité Directivo”, y Sergio Zambrano Villa, presidente de la AMJ, presentó su “Informe final de la Doceava Asamblea Médica de Jalisco” (*Medicina de Jalisco*, 1974).

El director del IPMP, Carlos Corona Ibarra (1974b), aprovechó la coyuntura del cambio de guardia en la cúpula de los médicos de Jalisco para difundir su mensaje. Durante la ceremonia expuso sus ideas con la conferencia “La educación paramédica”. La conferencia fue un llamado a la acción. Corona lanzó la piedra contra el racionalismo y el reduccionismo biologicista, criticó la miopía en los oftalmólogos y la falta de corazón de los cardiólogos, denunció a los neurólogos y psiquiatras que no querían pensar; aquellos que aplicaban soluciones orgánicas a problemas sociales. Para el director del IPMP era la medicina social o la barbarie. Sólo el médico humanista armado de la técnica psicoanalítica entendía lo humano del conflicto. Los científicos teóricos estaban despegados de la

¹⁸ Asociación. (1974). Programa.

realidad social. Las ciencias sociales eran idealismos. Era momento de que los médicos abordaran la epidemia social de la anticultura.

En la toma de protesta del nuevo presidente de consejo de la AMJ, Corona (1974b) urgió a sus colegas a expandir el rol de la psiquiatría hacia el campo de la educación, a crear programas que respondieran a las necesidades del tiempo. Se debían formar educadores paramédicos que fomentaran “la evolución psico-somática de la comunidad” (p. 128). De acuerdo con el psicoanalista, hasta ese momento, la medicina se había limitado a resolver problemas biológicos; no obstante, desde el “punto de vista médico” se podían resolver el crimen, las drogas, el alcohol, la apatía, la demagogia, el burocratismo, el pandillerismo, la falta de liderazgo, las actitudes en contra de la cultura y el progreso, ya que todos esos eran parte de “la problemática psiquiátrica social nuestra” (p. 128).

Corona (1974b) argumentó que los médicos y la sociedad debían entender a la medicina “en su sentido más general de humanismo, en la medicina cuya actividad específica está sistematizada en la psiquiatría integral, la medicina psico-somática y el psicoanálisis” (p. 128). Sólo formando una nueva estirpe de educadores paramédicos, las universidades dejarían de ser fábricas de pequeños burgueses y se convertirían en instituciones que impulsarían la evolución social. Sólo mediante un cambio de la cultura general se incrementaría “la calidad de creatividad en la población. (Esto es el humanismo en última instancia)” (p. 129). Solo adaptando los conceptos y experiencias de la clínica psicoanalítica se daría el verdadero desarrollo en la comunidad, el desarrollo humanista implicaba fomentar la eficiencia, la efectividad, la creatividad, la responsabilidad y el cuidado ecológico, todo esto era una verdadera política de salud pública para el desarrollo. Así se lograría el cambio que buscaba el presidente Echeverría.

Los médicos, especialmente los psicosomáticos, eran los más preparados para evolucionar la cultura, porque eran expertos “en relaciones humanas: patógenas, terapéuticas, protésicas y preventivas” (Corona, 1974c, p. 66). Corona sostuvo que ellos entendían que la causa de los sufrimientos eran actitudes anti-culturales, que se expresaba como psicopatología de la destructividad. Estas enfermedades eran una epidemia que limitaba el funcionamiento emocional y mental, que afectaba la creatividad y la capacidad de anticiparse a las catástrofes; causaba las guerras, los crímenes, las protestas y la farmacodependencia. En los meses siguientes, el director publicó los artículos “La medicina Psicosomática” (1974c) y “Las bases de la anticultura (1974a). Además del IPMP, fundó la Sociedad Nacional para el Estudio de Relaciones Humanas.¹⁹

Lo anterior visibiliza la forma en que la clase médica respondió a los propósitos del plan de salud del presidente, en tanto que tenían como finalidad formar y desarrollar recursos humanos para la salud, específicamente con los apartados que se enfocaban en adiestrar personal auxiliar de la medicina y miembros de la comunidades; organizar programas para la preparación de otro personal

¹⁹ Corona C. (1974). Acta.

profesional, técnicos de nivel medio y auxiliares; realizar los estudios y organizar los medios para la creación y escuelas de salud a nivel de las comunidades.

Es trascendente recuperar el argumento de Andrés Ríos Molina (2016), quien sugiere que la higiene mental fue la faceta psiquiátrica de la medicina social. Se reconoce que las distancias temporales y el cambio en el panorama de los servicios de salud ahora incluían a nuevos actores, como los organismos internacionales, y se considera que elementos de ese fenómeno continuaron y enmarcaron el papel que jugaron los galenos durante la transición social en Jalisco a principios de la década de 1970. Los médicos apelaron a las bases humanistas de su profesión y destacaron factores sociales, como la violencia y la drogadicción, como aquellos que contribuían a la enfermedad de la sociedad, de igual manera, destacaron que la promoción de la salud sería una herramienta para reformarla.

Consideraciones finales

La década de 1970 significó un giro en la política de salud del país. El presidente Echeverría impulsó una serie de reformas dirigidas a paliar las crisis sociales, políticas y económicas que atravesó el Estado. El ejecutivo se propuso restaurar la confianza en el gobierno y reparar el tejido social que, a juicio de las élites, se deterioró por el clima de violencia y apatía de la población. Por su parte, los organismos internacionales redimensionaron el concepto de salud, concediéndole a las condiciones médicas el mismo lugar de importancia que a las sociales.

En este contexto, los médicos adaptaron sus discursos y sus prácticas para extender su mirada clínica del cuerpo biológico al cuerpo social. Retomaron y actualizaron los discursos de la medicina social. Para tales fines, implementaron estrategias discursivas, normativas y educativas; además, crearon instituciones dedicadas a aliviar las enfermedades sociales que asolaban a la población, de igual forma, impulsaron simposios donde reivindicaron el papel de los componentes sociales en la enfermedad. El Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Guadalajara se comisionó para esta tarea. Por su parte, el Instituto de Psiquiatría y Medicina Psicosomática de la Universidad, que había estudiado las relaciones sociales y las dinámicas de los grupos, utilizó su experiencia y propuso soluciones al clima de descontento social y violencia.

Por un periodo breve durante el decenio de 1970, los médicos de Guadalajara suspendieron el paradigma especializante de la medicina, que se mantuvo vigente desde mediados del siglo para impulsar un nuevo modelo basado en la medicina preventiva y social. En este periodo, los médicos se volvieron filósofos sociales y, apelando al carácter humanista de su práctica, ocuparon el espacio público para diagnosticar, criticar y proponer soluciones.

George Rosen (1985) sostiene que el alcance de la medicina social se delimita en tres aspectos de la salud: comunidad, política y como valor social. En este sentido, el alcance de los proyectos que persiguieron los médicos de principios de 1970 se puede considerar a partir de las sensibilidades que como sociedad desarrollamos en torno a la importancia del lugar social en la salud, la preocupación que sentimos frente a las adicciones y la violencia, la relevancia que le concedemos a la paz, a la salud mental, a la educación y a la prevención en salud.

Fuentes

Archivos

Archivo Histórico de la Universidad de Guadalajara (AH-UDG)

Archivo Personal de Carlos Corona Ibarra (AP-CCI)

Hemerografía

El Informador (Guadalajara)

Bibliografía

- Acuña Monteverde, H. (1971). Un reto mexicano al subdesarrollo de la comunidad. [Presentado en la reunión XXIII de la Organización Mundial de la Salud]. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5859/49110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Agostoni, C. (2008). *Curar, sanar y educar: enfermedad y sociedad en México: siglos XIX y XX* (pp. 71-98). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas.
- Bizberg, I. y Meyer L. (Cords.). (2005). *Una Historia Contemporánea de México*. (Tomo II). Editorial Océano y Centro de Estudios Internacionales del Colegio de México.
- Campillo, C. (1974). La atención médica, social rehabilitatoria. *Salud Pública de México*, 6, pp. 869-872.
- Calderón, G. (1972). Estado actual de la administración de la salud mental en México. *Revista Gharma*, 51, pp. 16-23.

- Carrillo, A. M. (2010). Control sexual para el control social: la primera campaña contra la sífilis en México. *Espaço plural*, 11(22), 65-77.
- Corona, C. (1972). Análisis médico de la cultura actual. *Revista del Sanatorio de Jalisco*, 2, pp. 48-50.
- Corona, C. (1974a). Las bases de la anticultura. *Revista oficial de la Asociación Médica de Jalisco*, 1, pp. 39-42.
- Corona, C. (1974b). La educación Paramédica. *Revista médica del Sanatorio Guadalajara*, 4, pp.128-130.
- Corona, C. (1974c). La Medicina Psicosomática. *Revista médica del Sanatorio Guadalajara*, 2, pp. 62-66.
- Delgado, J. (1973). Prologo. *Medicina de Jalisco*, 2. pp. 37-38.
- El Plan Nacional de Salud: Antecedentes. (1974). *Salud Pública de México*, 6, pp. 887-888.
- Hernández Lara, O., Sacristán, C., & Ordorika, T. (2017). México: una reforma psiquiátrica que no lo fue (1968-1990). En Huertas, R. (Ed.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina* (pp. 154-185). Editorial Catarata.
- Horwitz, A. (1973). Editorial: Planificando un nuevo decenio. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, pp. 361-377.
- Isais Contreras, M. (2018). Enfermedades sociales y degeneración en Guadalajara (1886-1908). Visos hacia una medicina social. En Trujillo. (Ed.) *Por el mundo del delito y sus por menores. Historia, marginalidad y delito en América Latina* (pp. 215-240). Universidad de Guadalajara.
- Metas proyectadas a 1983. (1974). *Salud Pública de México*, 6. pp. 909-913.
- Meyer, L. (2003). La visión general. En Bizberg, I., y Meyer L. (Cords.). *Una historia contemporánea de México*. (Tomo I, pp.13-31). México: Editorial Océano y Centro de Estudios Internacionales del Colegio de México.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1971). Convenio sobre las sustancias sicotrópicas. Viena.
- Padilla, A. L. A. (2022). *La insurrección de los jóvenes en México (1967-1982). La expresión guerrillera* (Vol. II). México: Costa-Amic Editores.
- Primera Convención Nacional de Salud. (1973). *Salud Pública de México*, 4, pp. 485-488.
- Pulido, T. (1973a). Introducción. *Medicina de Jalisco*, 2. pp. 39-46.
- Pulido, T. (1973b). Introducción a la sociología médica. *Medicina de Jalisco*, 2. pp. 46-47.
- Ríos Molina, A. (2016). *Cómo prevenir la locura: psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI.
- Sánchez Susarrey, J. y Medina I. S. (1987). *Historia política, 1940-1975* (Vol. IX). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- UNESCO. (1973). La UNESCO y la lucha de las naciones unidas contra la droga. *El Correo*, XXVI, p. 5.

- Vaughan, M. K. (2018). Mexico 1968: Events, assessments, and antecedents. En Chen Ian et. al (Eds.) *The Routledge Handbook of the Global Sixties. Between protest and nation buliding* (pp. 146-158). Abingdon: Routledge.
- Vizcaíno Murray, F. (1974). El Plan Nacional de Salud, metas para un decenio. *Salud Publica de México*, 16 (6), 873-874.
- Zambrano, S. (1973). Editorial. *Medicina de Jalisco*, 1, p. 1.