

J ESTUDIOS S JALISCIENSE

42

Noviembre de 2000

MEDICINA: SIGLOS XIX Y XX

INTRODUCCIÓN

Francisco J. Mercado Martínez



LILIA OLIVER SÁNCHEZ

Profesionalización de la medicina en Guadalajara



ORTENCIA VIVEROS RÍOS

*Sociedades científicas y academias médicas
en Guadalajara: 1838-1888*



LAURA CATALINA DÍAZ ROBLES

*Médicos farmacéuticos y prácticos
en Jalisco a principios del siglo XX*



ADALBERTO ARTEAGA MANZANO

LUCIANO OROPEZA SANDOVAL

*Trayectoria laboral de los médicos:
Jalisco, segunda mitad del siglo XX*

J ESTUDIOS ALISCIENSES

Revista trimestral de El Colegio de Jalisco

EDITORES

José María Murià, Jaime Olveda y Agustín Vaca

ADMINISTRADORA

Angélica Peregrina

APOYO TÉCNICO

Patricia Arellano

CONSEJO EDITORIAL

Jorge Alarcón (Universidad de Guadalajara). Georges Baudot (Université de Toulouse-Le Mirail). Guillermo de la Peña (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social). Juan Manuel Durán (Universidad de Guadalajara).

Claudi Esteve Fabregat (Universidad de Barcelona). Moisés González Navarro (El Colegio de México). José Luis Martínez (Academia Mexicana de la Lengua).

Coordinadora de este número: Lilia Oliver Sánchez

Noviembre de 2000

MEDICINA: SIGLOS XIX Y XX

INTRODUCCIÓN

Francisco J. Mercado Martínez 3

LILIA OLIVER SÁNCHEZ

Profesionalización de la medicina en Guadalajara 6

ORTENCIA VIVEROS RÍOS

*Sociedades científicas y academias médicas
en Guadalajara: 1838 - 1888* 21

LAURA CATALINA DÍAZ ROBLES

*Médicos, farmacéuticos y prácticos
en Jalisco a principios del siglo XX* 33

ADALBERTO ARTEAGA MANZANO

LUCIANO OROPEZA SANDOVAL

*Trayectoria laboral de los médicos:
Jalisco, segunda mitad del siglo XX* 45

Asociados numerarios de El Colegio de Jalisco:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Gobierno del Estado de Jalisco
Universidad de Guadalajara
Instituto Nacional de Antropología e Historia
El Colegio de México, A.C.
Ayuntamiento de Guadalajara
Ayuntamiento de Zapopan
El Colegio de Michoacán, A.C.

Estudios Jaliscienses

La responsabilidad de los artículos es estrictamente personal de los autores. Son ajenas a ella, en consecuencia, tanto la revista como la institución que la patrocina.



5 de Mayo 321
Zapopan, Jalisco

Introducción

La historia de la medicina en Guadalajara ha sido objeto de creciente atención por parte de científicos sociales y de la salud en años recientes. Los estudios realizados hasta la fecha nos han posibilitado una mayor y mejor comprensión de los saberes y las prácticas sanitarias y de formación de los recursos humanos en salud empleados en la región, sobre todo durante los siglos XIX y XX. Los cuatro trabajos incluidos en este número de Estudios Jaliscienses, sin duda habrán de servir para ampliar nuestra perspectiva de cómo fue configurándose el modelo médico hegemónico durante los dos siglos pasados.

Bajo la autoría de Lilia Oliver, Ortencia Viveros, Laura Díaz y Adalberto Arteaga, junto con Luciano Oropeza, los trabajos aquí incluidos abarcan ciertos problemas médicos acaecidos en Guadalajara desde los inicios del siglo XIX hasta bien avanzado el siglo XX. Sus temáticas específicas giran en torno a la profesión médica e incluyen el proceso de profesionalización de la medicina, el surgimiento de las sociedades y academias médicas, el conflicto entre los médicos y los farmacéuticos, así como la trayectoria laboral de los mismos médicos.

El trabajo de Lilia Oliver se pregunta sobre el cómo, el cuándo y quiénes participaron en Guadalajara en la institucionalización de cierto conocimiento científico de forma tal que permitió la profesionalización de la medicina. Según la autora, el método o "paradigma" anatomo-clínico, cuyo surgimiento lo ubica en el modelo médico francés, es introducido en Guadalajara en los primeros decenios del siglo XIX por los médicos Pedro Tamés, Pedro Vander-Linden y Pablo Gutiérrez, así como por fray Crisóstomo Nájera. Acorde con las ideas centrales de la misma autora, tal introducción se da mediante una variedad de mecanismos como son la vinculación entre la clínica y la anatomía a través de las disecciones anatómicas, la incorporación de los textos clásicos de Beclard y Bichat para la enseñanza de la anatomía y de la medicina operatoria cuya enseñanza posibilita la unión de los centros de formación y los hospitales, la formación de la Sociedad Médica de Emulación, así como la unión de la medicina y la cirugía a través de la creación de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia durante la tercera década de ese mismo siglo.

Los tres trabajos restantes son más de índole descriptiva; pero ello no impide en forma alguna que les sean reconocidos sus aportes. La

contribución de Ortencia Viveros, por ejemplo, da cuenta con amplitud suficiente de las sociedades y academias médicas aparecidas en Guadalajara a lo largo de casi todo el siglo XIX. Este trabajo es pródigo en informar cómo dichas sociedades van incorporando cada vez más nuevas funciones y pasan de lo estrictamente científico a la realización de acciones de índole diversa, sean literarias o económicas. Aunado a ello, la misma autora enuncia las diferencias y pugnas al interior del gremio médico.

En esta última dirección, Laura Díaz presenta uno de los tantos conflictos que se han presentado, al interior del modelo médico dominante, entre los distintos profesionales de la salud. En este caso, presenta la situación ocurrida a principios del siglo XX entre los médicos y los farmacéuticos. Tal como lo sugiere la autora, la pugna termina por favorecer a los médicos, profesionales centrales del modelo médico hegemónico, pasando a subordinar a los otros profesionales, en este caso los farmacéuticos, en función de las disposiciones del código sanitario vigente en esa época. Los farmacéuticos prácticos, a su vez, pasan a ser totalmente excluidos también a partir de dichas disposiciones legales de esa época. El planteamiento de esta autora reviste especial interés al proponer como tema central las pugnas y conflictos entre distintas profesiones que termina por favorecer a los médicos, situación que, con el tiempo, terminará siendo parte constitutiva del modelo médico hegemónico.

Adalberto Arteaga y Luciano Oropeza, por último, nos ofrecen los resultados de una encuesta sobre la trayectoria laboral de cuatro generaciones distintas de médicos egresados de la Universidad de Guadalajara, iniciando con aquellos formados durante la década de los sesenta y terminando con quienes cursaron la carrera en la segunda mitad de los ochenta. El trabajo invita a polemizar con cierta frecuencia, como cuando los autores afirman: "a partir de los años cincuenta el mercado de trabajo médico empieza a integrarse de manera manifiesta por dos sectores: un sector autónomo y otro institucional". Pero dejando de lado las coincidencias y discrepancias sobre éste y otros señalamientos relativos a la información básica que faltaría explicitar para entender cabalmente la metodología empleada en el estudio, me parece destacable cómo los autores nos van mostrando la forma en que los médicos egresados de esta Universidad en distintas épocas se van incorporando de forma diferente al mercado laboral y cómo la mayoría de ellos tienen dos o más empleos.

Los trabajos aquí mencionados invitan a ser leídos no como reliquias de una historia pasada, sino a la luz de otros estudios realizados, así como de la realidad médico-sanitaria actual. Y sólo por destacar la temática de la globalización, uno se pregunta si el modelo médico hegemónico en la actualidad, que engloba el pensamiento anatómico-clínico y otorga preminencia a los médicos sobre otros profesionales de la salud, sigue siendo una propuesta válida para enfrentar los retos que se generan en materia sanitaria a nivel local, esto es en Guadalajara, pero en el marco de las relaciones e interacciones de la sociedad. Uno se cuestiona también si conviene seguir haciendo referencia a la profesión médica como una entidad única, en tanto que la profesión se ha segmentado fuertemente en grupos y estratos con intereses diferentes, tal como ocurre entre los médicos generales y los especialistas, sólo por poner un caso.

Estoy convencido de que los lectores habrán de terminar la lectura de estos cuatro trabajos con la certeza de haber ampliado su conocimiento histórico de la medicina en la región.

Francisco J. Mercado Martínez

Profesionalización de la medicina en Guadalajara.

Lilia Oliver Sánchez
Universidad de Guadalajara

Introducción

Los cambios epistemológicos que se produjeron en el saber médico forman parte de la "revolución científica" iniciada en los siglos XVI y XVII que, entre otros acontecimientos, conmocionó a la sociedad europea y formó parte del mundo moderno. En el campo de la medicina, los cambios más espectaculares se dieron a partir del siglo XIX. Fue también durante este siglo que se fueron introduciendo en Guadalajara, como en el resto del orbe, los descubrimientos y avances de la medicina europea de ese tiempo, especialmente la francesa.

Dentro de las profesiones tradicionales, quizá la medicina sea el ejemplo mas claro de cómo se conforma una profesión.¹ En esa conformación, son elementos importantes -además de muchos otros- la posesión de un conocimiento teórico, científico y técnico; la institucionalización de esos saberes y su aplicación práctica.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo, cuándo y quiénes participaron en Guadalajara en la conformación e institucionalización de ese conocimiento científico que le dará a la medicina un elemento clave para su profesionalización. Creo que ese momento se ubica en la primera mitad del siglo XIX. Fue en ese tiempo que se constituyó el primer paradigma que le dio fundamento científico a la práctica

1. Cfr. Eliot Freidson. *La profesión médica*. Barcelona: Península, 1977.

médica y que bien puede ser denominado "paradigma anatomoclínico".

Como resultado de ese saber se dio un hecho fundamental para la profesionalización de la medicina moderna, a saber, la unión de la medicina y de la cirugía.² Cuándo concretamente se dio esa unión en Guadalajara y quiénes participaron para lograrlo, serán algunas de las preguntas que intentaré contestar en este trabajo.

El saber médico: siglo XIX

El principal objetivo del saber médico en el siglo XIX fue alcanzar un conocimiento científico de la enfermedad. Dicho en otras palabras, fue convertir a la patología en verdadera ciencia.³ Esta nueva patología excluyó por completo al galenismo de la medicina y trató de integrar a sus interpretaciones teóricas las ciencias físicas y naturales, y la lógica que de éstas se deriva desde finales del siglo XVIII y durante el XIX.

Pedro Laín Entralgo ha distinguido dos grandes etapas en la evolución de los saberes médicos en Europa durante el siglo XIX. Esas dos etapas corresponden, más o menos, a las dos mitades del siglo. La primera se caracterizó por la vigencia del método anatomoclínico, formulado por Xavier Bichat al despuntar el siglo XIX, cuando en 1801 declaró:

La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas. Tendrá derecho a acercarse a ella por lo menos por lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación (del enfermo) se haya unido el examen de las alteraciones que presentan sus órganos.⁴

Bichat se propone elevar esa práctica a la condición de regla básica para la conversión de la medicina en verdadera ciencia.

A la medicina francesa corresponde el mérito de haber creado y enseñado al mundo el método anatomoclínico. Los primeros pasos de la medicina francesa en Guadalajara se deben, sobre todo, a tres médicos y un carmelita. De los médicos, dos eran tapatíos y el otro

2. Cfr. Toby Gelfand. *Profesionalizing modern medicine. Paris surgeons and medical science and institutions in the 18th century*. Londres: Greenwood Press, 1980.

3. Pedro Laín Entralgo. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1976, p. 464.

4. *Ibid.*, p. 465.

5. Es importante aclarar que en la historiografía médica local se ha considerado a Pablo Gutiérrez como el introductor único de la medicina francesa y científica a Guadalajara olvidando a otros médicos. Esta historiografía ha tenido como uno de sus métodos la biografía laudatoria de médicos ejemplares y científicos distinguidos, que han sido presentados como héroes olvidados de la historiografía oficial. Con esta observación no queremos negar el valor que tienen esos trabajos, sino solamente plantear que es necesario superar sus limitaciones.
6. Ortencia Viveros Ríos. *Historia de la facultad de medicina de 1792 a 1826*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1991, p.61 (Tesis de Licenciatura).
7. Archivo de la Real Universidad de Guadalajara (ARUG), 1835. Legajo 106. Núm. 26 y 27. Es importante aclarar que el citado plan aparece sin fecha y sin firma. Según las investigaciones del doctor Andrés Orrego Mate y de Manuel Moscardo, el autor del plan es Crisóstomo Nájera.

belga. Ellos son Pedro Tamés, fray Crisóstomo Nájera, Pedro Vander-Linden y Pablo Gutiérrez.⁵ Los tres primeros tienen el mérito de ser los iniciadores de aquella medicina, el último de mantener viva la llama de la mentalidad anatomoclínica por casi tres décadas.

Ortencia Viveros ha probado que las primeras autopsias con fines didácticos fueron realizadas en Guadalajara por el doctor Pedro Tamés hacia 1813 ⁶ en la cátedra de cirugía de la Real Universidad de Guadalajara. Recordemos que en Europa la reiteración de autopsias en cadáveres humanos condujo al descubrimiento de anomalías o "lesiones morbosas" en el interior de los cuerpos disecados y despertó en los médicos el afán de ponerlas en relación con la dolencia de que había sucumbido el enfermo. Surgió, así, la relación entre clínica y anatomía y con ello nació -como he dicho anteriormente- una de las más fecundas vías para la conversión de la medicina en ciencia: el método anatomoclínico. Si bien es cierto que las "disecciones anatómicas" realizadas por el doctor Tamés eran de manera irregular, deben ser consideradas como el antecedente más remoto en la práctica de una nueva medicina en Guadalajara.

La introducción de los avances en el saber y la práctica médica a Guadalajara iniciada tímidamente desde finales de la Colonia con las "disecciones anatómicas" que hacía el doctor Tamés, continuará una vez pasada la guerra de Independencia. La evolución de ese saber, en los decenios posteriores a la guerra, parece tener una dinámica propia, independiente de los vaivenes y cambios que la lucha entre liberales y conservadores causaban en las instituciones educativas. Tanto bajo los gobiernos liberales como conservadores se fueron introduciendo las nuevas ideas.

Para el tema que me ocupa, un momento importante lo constituye la creación de un plan de estudios de medicina, en septiembre de 1835, bajo el gobierno del etzatlense José Antonio Romero. De ese plan, obra del sabio carmelita Crisóstomo Nájera,⁷ sólo me importa destacar dos puntos. El primero, es la inserción de los

textos de Béclard (1785-1825) y de Bichat para la enseñanza de la anatomía general y la anatomía descriptiva, respectivamente. Respecto del primer autor, se trata de uno de los anatomistas franceses más destacados de la época.⁸ Sobre la importancia de Bichat para el nacimiento del método anatomoclínico ya he hablado.

Lo relevante del plan del padre Nájera no es sólo la introducción de esos autores, sino el hecho de que su programa de estudios estaba ya estructurado bajo las ideas de Bichat; recordemos que éste había propuesto, como regla básica para la conversión de la medicina en ciencia, la práctica de la rigurosa observación del enfermo, unida al examen que presentaran sus órganos. En el plan de Nájera se pedía al supremo gobierno que facilitara "enfermos y cadáveres" del hospital de Belén para los estudios de la medicina.

Esto significaba el primer paso para la introducción de la medicina hospitalaria en Guadalajara, aun cuando se trataba solamente de una propuesta, y no sabemos si en ese momento fueron proporcionados los cadáveres y los enfermos del hospital. Un aspecto que vale la pena destacar es que, mientras en Guadalajara encontramos que se conoce la obra de Bichat, en la capital del país, según refiere el doctor Martínez Cortés, "no hay evidencia de que en el flamante establecimiento de Ciencia Médicas o Colegio de Medicina, se haya enseñado anatomía general a la manera de Bichat".⁹

Un segundo momento en la implementación de una medicina anatomoclínica en Guadalajara, se inicia en 1837. El 13 de marzo de ese año, se creó una nueva cátedra que serviría como complemento a los estudios médico-quirúrgicos. Esta era la de medicina operatoria. ¿Quién o quiénes fueron los autores de este cambio revolucionario en la enseñanza de la medicina en Jalisco?. La historiografía médica local sostiene que fue el doctor Pablo Gutiérrez,¹⁰ hecho al parecer imposible, porque en ese tiempo él se encontraba en Europa. El mismo doctor Gutiérrez declaró, años después: "regresé de Europa en noviembre de 1837".¹¹ Lo anterior nos lleva a plantear que fue el belga Pedro Vander-Lin-

8. Lain Entralgo, *op. cit.*, p. 419.

9. Fernando Martínez Cortés, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*. México: UNAM, 1987, p. 69.

10. El primero en sostener este planteamiento fue el doctor Silverio García en sus *Apuntes para la historia del hospital de Belén y de la medicina en Guadalajara*. Zapopan: El Colegio de Jalisco, 1992. Esa información aparece también en la obra de Juan B. Iguiniz, *Catálogo bibliográfico de los doctores, licenciados, y maestros de la antigua Universidad de Guadalajara*. México: UNAM, 1963.

11. ARUG., "Relación de méritos del Doctor Pablo Gutiérrez. Presentados el 30 de diciembre de 1848".

12. Iguiniz, *op. cit.*, p. 292.

den, "doctor en medicina y cirugía", como el mismo se firma, el promotor de esta nueva cátedra. Sobre Vander-Linden sabemos que había estudiado medicina en la universidad de Bolonia y había ejercido los cargos de cirujano mayor de la Guardia Nacional de París y del ejército belga. Se trasladó a México en 1835, y en 1837 lo encontramos viviendo en Guadalajara.¹²

La medicina operatoria tenía importantes implicaciones. Por un lado, la unión de la medicina con la cirugía y, como consecuencia de ello, la unión también de dos espacios que se habían mantenido separados entre sí: los centros de enseñanza de la medicina (universidades, escuelas y facultades) y los hospitales. Como es bien sabido, la cirugía, llamada "trabajo de manos", había sido un oficio despreciado por lo médicos formados en las universidades bajo la medicina hipocrático-galénica- escolástica.

La nueva cátedra en Guadalajara quedó dividida en dos secciones, una teórica y otra práctica. La primera, que comprendía entre otras a la anatomía -clase que debería darse sobre cadáveres-, no era para ese tiempo, como hemos visto, una novedad en Guadalajara. Lo que parece importante destacar es la parte práctica de la clase, la cual incluía "bendajes, clínica quirúrgica y obstetricia". En ese tiempo, la innovación más importante para Guadalajara, y que nadie había hecho notar, es precisamente la introducción de la clínica-quirúrgica. Ésta -ordenaba el reglamento- debía darse a la cabecera de los enfermos.¹³ Por primera vez encontramos en Guadalajara la orden explícita de ese descubrimiento revolucionario en medicina. El plan anterior de Crisóstomo Nájera, aun cuando mencionaba la necesidad de enfermos, no especificaba una clase de clínica-quirúrgica. Para la puesta en práctica de la cátedra de medicina operatoria era necesario un hospital, y éste fue, en Guadalajara, el Hospital de San Miguel de Belén.

El aspecto fundamental de la clínica, denominado por Foucault "tiempo positivo del saber médico", no consiste sólo en la capacidad para entender con razón descriptiva y explicativa la realidad de un individuo en-

13. Manuel Pérez Lete (comp.), *Colección de los Decretos, Circulares y Ordenes de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial de Jalisco*. Guadalajara: Tip. M. Pérez Lete, 1874, T VII, p. 226.

fermo, sino también en el arte de la descripción y la habilidad para transmitir a los demás ese saber; lo importante, entonces, fue la aparición de lo que hoy se denomina "lección clínica".¹⁴ A lo largo del siglo XVIII se habían fundado clínicas en muchas ciudades europeas imitando la escuela clínica de Leyden, Holanda, el gran centro europeo de esa enseñanza. La implantación de este revolucionario método en medicina implicó una reestructuración de los hospitales y, en general, una reorganización de la medicina.

En Francia, esa reorganización fue llevada a cabo a finales del siglo XVIII en plena Revolución. La clínica fue tomada como parte esencial de la reorganización de la medicina. Las facultades, "sedes de un saber esotérico y libresco", fueron clausuradas y, en su lugar, creadas las *écoles de santé*.¹⁵ La Escuela de Salud de París quedó unida a tres hospitales.¹⁶ A partir de entonces, la enseñanza médica debería seguir las ideas propuestas en Francia por el médico Cabanis y por Forcroid: la enseñanza se tenía junto a la cama del enfermo para que el estudiante adquiriera, fuera del pensamiento abstracto, la capacidad de observación clínica. Esta ha sido, desde entonces, la gran fórmula para cualquier formación médica.¹⁷ Y esa fue la que, según mi hipótesis, trajo a Guadalajara el belga Vander-Linden en 1837.

La clase de medicina operatoria, con su parte teórica de anatomía y práctica de clínica, era obligatoria para "los estudiantes que quisieran ser examinados de médicos".¹⁸ Sobre esto, el propio doctor declaró, algunos años después, que: "el 13 de marzo de 1837 se logró fundar una sala de clínica en el hospital de San Miguel y una cátedra de medicina operatoria".¹⁹ Sabemos que esa clínica funcionó realmente. Vander-Linden fue el primero que impartió la cátedra de medicina operatoria en Guadalajara. Conocemos algunas de las estadísticas de la clínica del Hospital de San Miguel, posiblemente se trata de una de las primeras clínicas que funcionaron en el país. En 1839, Vander-Linden era el catedrático de instituciones quirúrgicas y clínicas de la "Clínica médico-quirúrgica del Hospital de

14. Lain Entralgo, *op. cit.*, p. 313.

15. Klaus Dörner, *Ciudadanos y locos*. Madrid: Taurus, 1974, p. 179.

16. *Idem*.

17. *Idem*.

18. Pérez Lete, *op. cit.*, t. VII, p. 226.

19. *Anales de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara*. Guadalajara: Imprenta del gobierno, 1839, t. I, p. 150.

San Miguel de Belén". En el cuadro 1 (ver final del artículo) incluimos, a manera de ejemplo, las estadísticas correspondientes al trimestre del 1o. de diciembre de 1838 al 28 de febrero de 1839 de esa clínica reportadas por Vander-Linden.

En los años que van de 1837 a 1839 encontramos una intensa actividad y un gran impulso en la evolución de las ciencias médicas en Guadalajara. En esos años penetran los recientes pasos que el método anatomoclínico había dado en Francia. Esa intensa actividad incluyó, como hemos visto, la creación de la primera clínica-quirúrgica en el Hospital de San Miguel de Belén; la constitución de la primera Sociedad Médica tapatía; la publicación de la primera revista médica y la creación de una Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Esa actividad fue desarrollada por un equipo de por lo menos dieciséis médicos y cuatro médicos farmacéuticos (en el cuadro 2 incluimos sus nombres), número de galenos nada despreciable en ese tiempo para una ciudad de aproximadamente 45 547 habitantes.²⁰ Este grupo de médicos estaba encabezado por Pedro Tamés, Vander-Linden y Pablo Gutiérrez. Con base en los documentos que han llegado hasta nosotros, podemos decir que el más importante, para el arranque de una medicina hospitalaria y de la penetración de la mentalidad anatomoclínico en Guadalajara, fue Vander-Linden.

Una de las actividades que reflejan el importante impulso a las ciencias médicas en Guadalajara hacia 1837, fue la creación de una Academia de Ciencias Médicas, Quirúrgicas y Farmacéuticas, propuesta por el doctor Pedro Tamés. Fue constituida el 30 de marzo de 1837 -apenas unos meses después de la creación de la Academia de Medicina de México- y antecedente de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara. Ésta fue "instalada solemnemente el 15 de diciembre de 1838". El presidente de esta sociedad fue Pedro Tamés, creador del proyecto. Es interesante mencionar que Tamés había estudiado medicina en la Real y Pontificia

20. Manuel López Cotilla, *Noticias geográficas y estadísticas del departamento de Jalisco*. Guadalajara: UNED, 1983, p. 45.

Universidad de la capital del país, donde había recibido su título en 1794. En ese mismo año regresó a Guadalajara donde su actividad en la política lo llevó a ocupar la gubernatura del estado, el primero de marzo de 1833, con el triunfo del Partido Liberal. Su actuación durante la primera epidemia de cólera en la ciudad fue importante.²¹ Sin embargo, la derrota del Partido Liberal, en 1833, al parecer lo alejó de la política y lo encontramos participando activamente como médico durante el gobierno conservador de José Antonio Romero. La Sociedad Médica de Emulación publicó un periódico bajo el nombre de *Anales de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara*, y la introducción al primer número fue escrita por Pedro Tamés, quien declaró:

Los que publican este periódico, dirigidos por los principios de la profesión de las ciencias médicas, a cuyo estudio y ejercicio han dedicado su existencia, han concebido el proyecto de asociarse para cultivar, perfeccionar y estender (sic) sus conocimientos.²²

La formación de asociaciones profesionales es también un elemento clave en la conformación de una profesión. Gracias a esta publicación sabemos de la introducción, relativamente temprana en el contexto nacional, de la mentalidad anatomoclínica a la Guadalajara de los años treinta del siglo pasado.

El doctor Tamés dijo, en la introducción de los *Anales...*, que los socios de la Sociedad Médica de Emulación debían dedicarse a "hacer nuevas observaciones de las enfermedades a la cabecera de los enfermos".²³ El ex gobernador de Jalisco tenía una clara conciencia del momento que estaban viviendo las ciencias médicas en México y es, como muchos de sus colegas en el país, además de un seguidor del método anatomoclínico francés, un fiel representante de la orientación nacionalista que caracteriza a la medicina mexicana del siglo XIX. Sobre esto decía: "está por formarse la medicina nacional",²⁴ misma que no se debía ejercer "sin modificar los preceptos generales" que

21. Lilia Oliver Sánchez. *Un Verano Mortal. Guadalajara 1833*. Guadalajara: UNED. 1988, pp. 29 a 63.

22. *Anales...*, t.1, p. 6.

23. *Idem*.

24. *Idem*.

25. *Ibid.*, p. 7.

26. *Ibid.*, p. 146.

27. Sobre este tema cfr. el trabajo de Ortencia Viveros Ríos y Gabriela Ruiz Briseño, "Principales cambios curriculares en la carrera de medicina durante el siglo XIX en Guadalajara", *Enciclopedia de Historia de la Medicina en México*, México: UNAM (en prensa).

28. *Anales...*, t. I, pp. 149-150.

la región. La medicina entonces, decía Tamés, "saldrá de la obscuridad en que ha estado sumergida".²⁵

Había mencionado que otra de las actividades importantes fue la creación de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, de la Universidad Literaria de Guadalajara. La Facultad fue establecida el 18 de octubre de 1839, bajo el gobierno de José Antonio Romero.²⁶ La creación de la Facultad significó la reforma más importante al plan de estudios²⁷ durante mucho tiempo. ¿Quién o quiénes fueron los promotores de esta importante reforma en Guadalajara? Vander-Linden declaró, en el discurso de "instalación" de la facultad, que la creación de ésta y el plan de estudios estaban aceptados por el "celo filantrópico del gobernador" hacia tres años, es decir, en 1837, sin embargo, la oposición que constantemente encuentra toda innovación que ataca directamente costumbres inveteradas, retardaron su publicación por completo, y sólo se logró poder fundar, con fecha 13 de marzo de 1837, una sala de clínica y una clase de medicina operatoria en el hospital de San Miguel.²⁸

La historiografía médica local también en este caso le atribuye la reforma y el nuevo plan de estudios al doctor Pablo Gutiérrez. Sin embargo, justo es reconocer que el plan fue elaborado antes de que él regresara de Europa. El hecho de que Vander-Linden sea el orador en el discurso de inauguración de la Facultad y un gran expositor y defensor del nuevo plan de estudios, nos lleva a pensar que debió haber sido obra suya y del equipo que lo rodeaba, en el cual debió participar Ignacio Moreno, médico y cirujano igual que Vander-Linden.

Lo que me interesa destacar de esta reforma es que implicó la institucionalización de la unión entre medicina y cirugía y el arranque propiamente dicho de la medicina hospitalaria y moderna en Guadalajara que, como mencioné, se había iniciado con la creación de la cátedra de medicina operatoria. Con esa unión se daba un paso fundamental en la profesionalización de la medicina en Guadalajara. A decir del médico belga, esa unión se daba en Guadalajara primero que en la capital

del país. En el contexto de algunos países de América Latina, la eliminación de la distinción entre doctores y cirujanos que se establecía en Guadalajara con la creación de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia en 1839, fue una reforma temprana. En Perú, por ejemplo, eso se logró hasta 1856.²⁹

Las referencias que prueban la penetración del método anatomoclínico a Guadalajara en esa época, se repiten. Revisemos algunas a manera de ejemplo. El doctor Ignacio Moreno dijo, en la sesión del 12 de noviembre de 1838 de la Sociedad Médica de Emulación, a propósito de la muerte por envenenamiento de José María Zelaya, que la comisión nombrada para dictaminar sobre el caso debería determinar "el valor de los síntomas que ofreció en vida el individuo, comparándolos con las alteraciones del cadáver, es decir, examinando la cuestión bajo el aspecto enteramente científico."³⁰

Sin embargo, la referencia más importante en cuanto a la penetración de la medicina francesa a Guadalajara la encontramos en el trabajo de Vanderlinden. Una de las "historias recogidas [por este doctor] en la clínica médico-quirúrgica del hospital de San Miguel" fue la realizada al enfermo Julián Estrada. Éste había sufrido de una "herida punzante y penetrante hecha con un malacate, situada en la parte inferior de la aureola mamilar izquierda." En la observación al enfermo, nuestro informante hace referencia, ni más ni menos, a los síntomas de la enfermedad, a los signos físicos, a la auscultación y al uso del estetoscopio, sobre lo cual dice: "En este día [se refiere al día 20 de las observaciones al enfermo] la auscultación hace reconocer la ausencia del ruido de fuelle y la armonía entre el impulso del corazón y las pulsaciones de la arteria,"³¹ En la última reflexión sobre el enfermo dice:

puesto que la causa primera de la enfermedad es una herida penetrante: bajo este conocimiento la complicación, en este caso, de una pneumonitis no es difícil de explicar (sic), y su existencia no puede ser dudosa, porque además de los síntomas que le son propios y que se han presentado en el curso de la enfermedad, los signos ministrados por el estetoscopio la han confirmado.³²

29. "En 1856 el doctor Cayetano Heredia concentró en un solo cuerpo, la Facultad de Medicina de Lima, todas las responsabilidades oficiales del estado relacionadas con la salud pública...La nueva Facultad eliminó la vieja distinción entre doctores y cirujanos formando un solo tipo de especialista." Marcos Cueto. *Excelencia científica en la Periferia*. Lima: GRADE-CONCYTEC, 1989, p.45.

30. *Anales...*, t. I, p. 93.

31. *Ibid.*, p.16.

32. *Idem.*

33. Lain Entralgo, *op. cit.*, p. 466.

34. *Ibid.*, p. 467.

35. Sobre la introducción del estetoscopio a México, el doctor Martínez Cortés, *op. cit.*, p. 33 dice: "en 1823 el médico veracruzano Manuel Eulogio Carpio (1791-1860), entonces simple bachiller, traduce al español y publica en un curioso (por el tamaño) librito, el artículo Pectoriloquo, que apareció en el tomo cuarenta del Diccionario de ciencias médicas publicado en París... El doctor José Joaquín Izquierdo dio a conocer en Facsímil dicha obrita (UNAM, 1956)". Cfr. también José B. Sanfilipo y Sonia G. Flores, *Manuel Carpio y el inicio de la medicina moderna en México (documentos inéditos)*, México: UNAM, 1991, p. 7.

Una reflexión de esa naturaleza sólo podía desprenderse del manejo de las obras de, entre otros, Bichat (177-1802); de Corvisat (1755-1821), introductor de la auscultación del tórax poniendo la oreja muy cerca del pecho; de Bayle (1774-1816), introductor de la auscultación torácica inmediata, y de Laennec (1781-1826) quien en París había seguido el último curso de Bichat y bajo el magisterio de Corvisart se había adiestrado en la clínica y en la práctica de autopsias. Laennec inventó, en 1816, el estetoscopio y en 1819 publicó su *Traité de l'auscultation mediate*.³³

Lain Entralgo resume en cuatro los logros alcanzados por Laennec con sus observaciones y su invento: establecer un cuadro de sonidos estetoscópicos casi tan acabado como el actual; diagnosticar con seguridad y durante la vida del enfermo la dolencia padecida por éste; introducir un concepto semiológico, el de "signo físico", que ya ofrece la seguridad de los métodos verdaderamente "científicos", y describir una serie de especies morbosas (dilatación bronquial, edema del pulmón, tisis tuberculosa, cirrosis hepática, etcétera.).³⁴

La introducción en México del estetoscopio, realizada en 1823, apenas siete años después de su invención, es obra del médico veracruzano Manuel Eulogio Carpio.³⁵ No sabemos aún cuándo y quién introdujo el uso de este aparato a Guadalajara, pero no debió haber sido mucho tiempo después de la difusión que el doctor Carpio le diera al invento de Laennec en México. Lo que es un hecho es el uso de ese aparato en la clínica del Hospital de San Miguel hacia 1839, 23 años después de su invención y por supuesto el uso del manejo del concepto semiológico del signo físico y de los fundamentos básicos del razonamiento anatomoclínico en Guadalajara. Además, con el establecimiento de la clínica médico-quirúrgica del Hospital de San Miguel en 1837, se habían dado los primeros pasos para la introducción de la clínica moderna en Guadalajara.

Sobre la introducción de ésta a nuestro país, el doctor Martínez Cortés menciona que la más importante figura en el desarrollo de la clínica moderna en México es

el doctor Miguel F. Jiménez, quien en 1838 presenta su examen de médico cirujano. Se conocen referencias del uso del estetoscopio por el doctor Jiménez hacia 1842, y de su manejo "a la perfección del razonamiento anatomoclínico"; además, por esas fechas -dice Martínez Cortés - "don Miguel ya recurre a la valiosa ayuda del microscopio para fundar sus diagnósticos".³⁶ Con base en las "observaciones" y autopsias que se realizaron en la clínica del hospital de San Miguel desde 1837, hechas en su mayoría por el doctor Vander-Linden, creo que éste también es un personaje importante en el desarrollo de la clínica moderna en nuestro país.

Para concluir, solo quiero resaltar, una vez más, que con la institucionalización y unión entre medicina y cirugía mediante la creación de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la Universidad Literaria de Guadalajara, en octubre de 1839, se había dado sólo el primer paso, aunque ciertamente de gran importancia, para echar a andar el largo proceso de profesionalización de la medicina. También fueron pasos importantes la creación de la primera asociación de médicos y farmacéuticos y la publicación de la primera revista médica. De igual importancia para esa profesionalización resulta la creación de una clínica médico-quirúrgica en el Hospital de San Miguel de Belén. Sin embargo, sólo se trató de los primeros pasos de la modernización y la profesionalización de la medicina en Guadalajara y ello no implicó que con la institucionalización de un nuevo saber; es decir, con la reforma al plan de estudios de 1838, la práctica médica se transformara de inmediato. Sería absurdo suponer tal cosa. Los efectos en dicha práctica de ese nuevo saber, se manifiestan muy lentamente. De hecho, sabemos que no hubo continuidad en los revolucionarios cambios y trabajos de la década de los treinta; será hasta muy avanzado el siglo XIX y las primeras décadas del XX, cuando la medicina tapatía consolide su proceso de profesionalización y modernización.

Finalmente, un aspecto que vale la pena puntualizar, es el de los mecanismos específicos por los cuales

36. Martínez Cortés, *op. cit.*, p. 105.

llega a Guadalajara ese nuevo saber. Como había sucedido desde la época colonial, fue a través de los libros, instrumentos y conocimientos que traen consigo los médicos de origen europeo que llegan, tanto a la ciudad de México como a Guadalajara, como sucedió con Pedro Vander-Linden, o de los médicos que van a Europa a formarse y luego regresan. Ejemplo claro de ello para Guadalajara, en el período de estudio que hoy me ocupa, es el caso del doctor Pablo Gutiérrez.

Cuadro 1

*Estadística de la clínica médico-quirúrgica del hospital de San Miguel de Belén.
Trimestre de 1° de Diciembre a 28 de Febrero.*

	Existencia 1° dic. 1838	Entraron	Salieron	Murieron	Quedaron en existencia
Soldados	015	082	069	002	026
Paisanos	086	184	191	017	062
Mujeres	022	052	051	004	019
Sub-total	123	318	311	23	107
Total		441		441	

Las enfermedades que han presentado los 318 individuos que entraron en este trimestre son: 197 heridos: 74 sífilíticos; y 47 pertenecientes a afecciones médico quirúrgicas de diversa naturaleza.

De los heridos mencionados, 40 pertenecen al mes de diciembre, 84 a enero; y 73 a febrero. Veinte de estas heridas han sido calificadas de mortales, y 53 de graves.

De los 23 enfermos que murieron, 4 han sucumbido de resultas de colitis; 7, de heridas mortales; 5 por complicaciones de gangrena y podredumbre de hospital; 2, por phtisis pulmonar; y 2 por inflamación de las meninges.

La proporción entre los curados y los muertos es, pues, de 6 3/4 por ciento.

En este trimestre se practicaron las siguientes cinco operaciones. Primero: la extirpación de un tumor carcinomatoso del volumen de una naranja existente en la región thenar de la mano izquierda de Mauricio Mendivil. Segundo: la amputación del brazo izquierdo a Pedro Martínez de resultas de una herida que destruyó la articulación humero-cubital. Tercero: la desarticulación del dedo auricular de la mano izquierda a Manuel Sánchez con motivo de una herida que fracturó conminutivamente, las falanges. Cuarto: la estirpación (sic) del fascículo de las glándulas inguinales a Lucas López causada por una degeneración carcinomatosa producida por una sífilis constitucional. Quinto: la ablación de un enorme tumor eréctil que ocupaba todo el lado izquierdo de la cara de Isabel Aceves, el que, como se observó en la autopsia, traía su origen desde la meninge y el agujero desgarrado anterior.

Estas operaciones han tenido un feliz éxito, menos la de Pedro Martínez é Isabel Aceves.

Guadalajara, Marzo 1° de 1839.- Pedro Vander-Linden, Catedrático de clínica y medicina operatoria

Fuente: *Anales de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara*. p. 24.

Cuadro 2

Lista alfabética de los miembros de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara

Agráz, Pascual. Médico	Moreno, Ignacio. Médico cirujano, segundo secretario.
Cano, José María. Dr. en medicina.	Martínez, Ignacio. Farmacéutico
Calvillo, Martín. Médico	Ocampo, Manuel. Farmacéutico.
Cisneros, Juan de la Cruz. Médico	Romo, Alejo. Médico.
Fuentes, Ignacio Médico	Rojas, Jesús. Farmacéutico
Garibay, Francisco. Médico	Saucedo, Anselmo. Médico
González, José Joaquín. Farmacéutico	Serrano, Fernando. Médico, primer secretario
Gutiérrez, Pablo. Médico, vicepresidente.	Tamés, Pedro. Médico, Presidente.
Lazo, Ildefonso. Médico.	Tinajero, Manuel. Cirujano.
López, Antonio. Médico.	Vander-Linden, Pedro. Dr. en medicina y cirugía, tesorero.

Fuente: *Anales de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara*. T. 1 p. 14.

Sociedades científicas y academias médicas en Guadalajara: 1838 - 1888

Ortencia Viveros Ríos
Universidad de Guadalajara

Introducción

A lo largo de la historia, la medicina ha vivido diferentes procesos, algunos le han ayudado a evolucionar y otros la han estancado. Sin embargo, siempre ha tenido importancia en la vida de los seres humanos porque gracias a ella el hombre logró aumentar su esperanza de vida y a través del dominio de los conocimientos médicos trató de hacer menos difíciles los momentos en que enfermaba.

Desde el siglo XVI, con el contacto que tuvo Europa con América, cambiaron las ideas tan cerradas que tenían los europeos, quienes vieron ensanchado su horizonte y debieron replantearse sus creencias. Poco después, con la Revolución industrial y gracias al descubrimiento de la máquina de vapor y a los bajos costos en la manufactura, se rebasó el sistema artesanal; los artesanos se convirtieron entonces en trabajadores asalariados. La consecuencia de lo anterior fue que se empezó a tomar en cuenta a la medicina porque era importante combatir la mortalidad, pues se necesitaba mano de obra barata, en caso de que algún trabajador enfermara se requería que pronto mejorara para que se incorporara lo más pronto posible al trabajo.

Una vez descubierta la máquina de vapor siguieron, uno tras otro, descubrimientos científicos encaminados a mejorar la vida del ser humano. La mayoría de

ellos tenían que ver con la manera de acelerar la producción. Así, casi todo se aplicaba a la industria. Otro movimiento que influyó en el cambio de mentalidad y que tuvo repercusiones directas en la cultura fue la Ilustración.

El que los médicos se hayan organizado en sociedades y academias para intentar profesionalizar a su disciplina, tener más fuerza e intercambiar conocimientos, también influyó en el desarrollo de la medicina. En Guadalajara, la aparición de estas sociedades y su permanencia se debió a varios factores, entre ellos, la inquietud de los médicos tapatíos por intercambiar experiencias, presentar un frente unido ante los otros, tratar de mejorar su ejercicio profesional y mantenerse actualizados en las ideas y novedades que se llevaban a cabo en Europa. Enseguida veremos brevemente el desarrollo de la medicina en el continente europeo para situarnos después en Guadalajara y ver cómo nacieron las diferentes sociedades y academias.

La medicina en Europa

Fue a partir del siglo XIX que la medicina empezó a tener un notable despegue, en esto influyeron los descubrimientos desencadenados por la efervescencia de nuevos descubrimientos científicos y por los movimientos intelectuales, los cuales repercutieron en todos los aspectos de la vida, y la medicina no fue una excepción.

La teoría de la gravitación universal de Isaac Newton tuvo un impacto intelectual enorme. Se pensó que si la humanidad podía resolver las leyes del universo, las propias leyes de Dios, entonces el camino estaba abierto para descubrir las leyes que subyacen al conjunto de la naturaleza y la sociedad.

La Ilustración fue una actitud, un método de pensamiento, un ansia por conocer, por cuestionar las ideas y los valores previos. En España todo este movimiento se dio en la época en que reinaban los Borbones y llegó a

la Nueva España a través de las reformas que introdujeron cambios sustanciales.

Todos estos cambios en los saberes, en las visiones del mundo, son los que permitieron cuestionar la medicina. Vesalio cuestionó a Galeno; William Harvey explicó la circulación de la sangre, con lo cual se dio entrada al método experimental en la biología. Hipócrates fue leído de manera distinta; su obra original se rescató y se hizo otra lectura de su enseñanza, lo que trajo como consecuencia una nueva mirada en los conocimientos médicos y sus aplicaciones.

Uno de los pilares en el desarrollo de la medicina que influyó en el sistema médico, fue el holandés Hermann Boerhaave quien se nutrió de los sistemas médicos anteriores e integró elementos de las ciencias básicas como la anatomía, física moderna y una química liberada de las ideas iatroquímicas y, lo más importante, una patología que se basaba en la observación clínica, como lo había propuesto el inglés Thomas Sydenham. En Leyden, Boerhaave fundó una de las escuelas más prestigiosas de la Europa ilustrada, desde ahí sus discípulos esparcieron sus conocimientos por todo el continente.¹

En el aspecto médico, el siglo XIX se caracterizó por la orientación positivista de las investigaciones, contra el idealismo y la metafísica especulativa que hasta entonces había prevalecido. Dentro de los aportes de Francia a la medicina, se encuentran varios descubrimientos y aplicaciones. Fue ahí donde la medicina se empezó a hacer práctica, se separó de la filosofía para preocuparse más por la anatomía y la fisiología. Entre los científicos más sobresalientes del siglo XIX, está Laennec quien inventó el estetoscopio, aparato fundamental para la exploración médica. También está Corvisart, maestro y médico de Napoleón, anatomopatólogo que relacionó las revisiones necrópsicas con los síntomas clínicos e incorporó el procedimiento exploratorio de la percusión a la clínica.²

Al empezar el siglo XIX la medicina francesa había logrado cambios, pero fue hasta mediados de ese siglo

1. Emilio Quevedo y Francisco Gutiérrez. "La medicina científica y la salud pública en América Latina durante el siglo XIX". Juan José Saldaña (coord.). *Historia de las ciencias en América Latina*. México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa, 1996, pp. 299-300.

2. Germán Somolinos D'Ardois. *Historia de la medicina*. México: Sociedad mexicana de historia y filosofía de la medicina, 1980, p. 115.

3. *Ibid.*, pp. 114-115.

4. Thomas Sydenham (1624-1689), descartó todas las teorías y "sistemas", lo mismo que los tratamientos rutinarios, y basó su práctica en el tratamiento individual de cada paciente y en su particular temperamento. después de hacer su diagnóstico por medio de un examen cuidadoso y su pronóstico por medio de los datos de la experiencia acumulada en el pasado. Entre otras aportaciones introdujo la corteza de quina en el tratamiento de la malaria, diferenció la escarlatina del sarampión y describió con precisión la corea y la gota. Pedro Lain Entralgo. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1978, pp. 315-316. Cfr. J.A. Hayward. *Historia de la medicina*. 3a reimp. México: FCE, 1979, p. 23.

5. Hayward, *op. cit.*, pp. 116-117.

que el verdadero sentido revolucionario de las ideas médicas logró expandir su ámbito de influencia y modificó otras prácticas.³

Inglaterra tuvo aportaciones escasas al desarrollo de la medicina, siendo su colaboración más sobresaliente los avances acerca de la clínica logrados por Sydenham.⁴ En Estados Unidos, hacia finales del siglo XVIII, se sentaron las bases para implantar y consolidar una medicina acorde con las directrices más avanzadas de la época. En la primera mitad del siglo XIX los norteamericanos lograron encontrar una sustancia anestésica, el éter sulfúrico, que fue utilizado en las cirugías hasta que, en Inglaterra, Simpson descubre el uso del cloroformo.⁵ Con los avances y la comunicación entre los países y las escuelas médicas, empezaron a modificarse las creencias con respecto a algunas teorías patológicas.

Por su parte, en Alemania la medicina tuvo un proceso diferente. Ahí nació y se desarrolló el concepto de política médica, además de que se reglamentó la enseñanza y la práctica de los médicos, cosa que, por ejemplo, no sucedió en Francia.

A finales del siglo XIX Europa volvió sus ojos hacia Alemania, porque es ahí donde se estaban dando avances y cambios en el saber médico. Este país se colocó a la vanguardia de los estudios médicos y su influencia abarcó a todo el mundo, incluida Latinoamérica.

Los médicos poco a poco se fueron conformando en un gremio y como tal empezó a tener inquietudes encaminadas a consolidarse, a compartir conocimientos, intercambiar experiencias y, sobre todo, dudas. La idea de formar un grupo de pares sin duda se debía a su necesidad de presentar un solo frente con miras a diferenciarse de los otros, aparte de lo ya expuesto. En la primera mitad del siglo XIX los médicos en Guadalajara se mantuvieron interesados en tratar de unir la práctica y la teoría y en comprender el origen de las diferentes epidemias que asolaban a la población. Es

hasta la década de los treinta que empiezan a pensar en conformarse en una sociedad.

Las sociedades científicas nacen como un intento de crear espacios para que un grupo específico de personas que se sienten identificados pueda interactuar entre sí; cumplen varias funciones ya que aparte de formar un vínculo de unión e identificación entre sus miembros, ayudan a que la disciplina se desarrolle con mayor fuerza y poder. Esta identificación se da porque comparten la misma disciplina o disciplinas afines o bien porque poseen ciertas inquietudes políticas, literarias o científicas. Se reúnen para distinguirse de los demás, para unirse con sus iguales e intercambiar conocimientos, ideas e innovaciones, el objetivo principal es diferenciarse de los otros y formar un espacio a donde acudir y que les ayude a su vez a darse a conocer en la sociedad.

Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara

En Guadalajara, la primera Sociedad de médicos que se formó fue la Sociedad Médica de Emulación (1838); en su documento de fundación se especifica que el objetivo principal para su creación fue el "cultivar, perfeccionar y propagar en cuanto le sea posible las ciencias médicas".⁶

Esta sociedad nació cuando Guadalajara estaba gobernada por los conservadores. En un período en que hay un grupo de intelectuales interesados en separar a la medicina de la filosofía para intentar hacerla más práctica; son médicos que sienten la necesidad de unirse para intercambiar conocimientos, para auxiliarse en casos difíciles de resolver, y discutir sobre terapéuticas.

Esta sociedad editaba un boletín trimestral llamado *Anales de la Sociedad Médica de Emulación*,⁷ en él se trataban casos, una historia clínica de algún enfermo y la terapéutica que se había aplicado; también se discu-

6. "Bases de la Sociedad de Emulación", Guadalajara, s/editor, 1839. Biblioteca Pública del Estado (BPE) Miscelánea 781.

7. De los *Anales* descritos solamente unos cuantos números se conservan en la Biblioteca Pública del Estado. Estos documentos resultan valiosos pues en ellos se describen las prácticas y los saberes de los médicos de la época.

tía sobre operaciones quirúrgicas. El boletín incluía noticias de la estadística de la clínica médica y de la clínica médico-quirúrgica del Hospital de San Miguel de Belén por trimestres, datos sobre la administración de la vacuna, un boletín terapéutico en el que se hablaba de diferentes remedios que se habían aplicado en otros países, los cuales habían sido leídos por los médicos. En caso de haber realizado alguna sesión extraordinaria la relataban en el periódico; también tenía un aviso científico donde se pedían memorias escritas a los socios y se proponían premios para las mejores.

Una de las historias clínicas que aparece en este boletín fue la narrada por el doctor Serrano, quien trataba de prevenir a sus colegas sobre los posibles accidentes en el manejo de las sanguijuelas:

Un joven de 19 años, rubio, de temperamento sanguíneo fue a un rancho a las inmediaciones de Colima el mes de Octubre de 1836. Allí abundan las garrapatas de diversas especies principalmente dentro del monte: muchos de estos animales de los que se llaman conchudos le picaron, y se desenvolvió la urticaria; una garrapata se pegó a la articulación fémoro-tibial, y sea por la delicadeza de la parte, ó porque el animal hubiese allí dejado la cabeza, se desarrolló una violenta inflamación en aquel punto: las sangrías generales y locales, los baños tibios, las fomentaciones, nada de esto impidió el progreso del mal; la inflamación terminó por supuración, abriéndose el foco cerca de la articulación. Estoy cierto que en un lugar de más recursos que Colima se habría tratado de amputación; pero es tan superabundante en aquellos habitantes la vida, y los tejidos ofrecen una facultad de regenerarse a tal grado, que el individuo de esta observación apenas necesitó de cerato simple y otros ungüentos para obtener su completa curación.

He referido este hecho por esta particularidad que hace a mi objeto: cuando para combatir la inflamación de las articulaciones se aplicaban en este enfermo sanguijuelas, reaparecía la urticaria que había existido en su piel, y el mal local no cedía.⁸

8. "Explicación de los accidentes que suceden algunas veces a la aplicación de las sanguijuelas, leída en la sesión del 15 de junio del corriente año por el Sr. Serrano". BPE, Miscelánea 781.

Lo anterior nos da una idea de cómo era la terapéutica en aquella época y también de la seriedad que tenían los miembros de dicha Sociedad porque daban un seguimiento completo a los casos que presentaban. En caso de que el enfermo muriera o si perdía un órgano, lo decían; también hacían hincapié en los casos que no habían podido resolver, poniendo énfasis en que seguían paso por paso lo establecido hasta ese momento, y se puede percibir su sensación de impotencia cuando sus pacientes fallecían.

No resulta claro porqué esta Sociedad tuvo una vida efímera, ya que para 1840 desapareció. A pesar de su corta vida, la Sociedad sentó un antecedente para las sociedades médicas posteriores. A ella pertenecieron: Pedro Tamés, presidente; Pablo Gutiérrez, vicepresidente; Pedro Vander-Linden, tesorero; Fernando Serrano, primer secretario; Ignacio Moreno, médico cirujano, segundo secretario; José María Cano, Pascual Agraz, Martín Calvillo, Juan de la Cruz Cisneros, Ignacio Fuentes, Francisco Garibay, Ildefonso Lazo, Antonio López, Alejo Romo, Anselmo Saucedo, Manuel Tinagero, Jesús Rojas y José Joaquín González farmacéuticos. Todos eran médicos, excepto José María Cano y Vander-Linden que eran doctores en medicina.⁹ en tanto que Ignacio Moreno era médico cirujano y Manuel Tinagero, cirujano.

Academia Médica de Guadalajara

Para el año de 1859 hay noticias de otra academia que los profesores de medicina quisieron establecer con el nombre de Academia Médica de Guadalajara; su principal objetivo consistía en "cultivar, perfeccionar y propagar en cuanto le sea posible las Ciencias Médicas".¹⁰ Tuvieron también la idea de publicar un periódico y conceder medallas de emulación.

Según el proyecto, la Academia estaría compuesta de miembros fundadores o titulares, de corresponsales y de honorarios; entre los titulares se contemplaba a to-

9. Doctores en medicina eran aquellos que obtenían los grados mayores, o sea, el doctorado.

10. "Expediente que pretende el establecimiento de una sociedad que se denominará Academia Médica de Guadalajara", Archivo Histórico de Jalisco (AHJ) F-13-859, Inv. 2347. 16 fojas.

dos los profesores de Medicina. Cirugía y Farmacia. Para su buen funcionamiento la Academia estaría integrada por un presidente, un secretario, un pro-secretario y un tesorero, además de una comisión permanente encargada de la redacción y edición del periódico. Las reuniones se realizarían todos los sábados a las siete de la noche en la casa del doctor Ramón Ochoa, en tanto se asignaba un local para el efecto. Para llevar a cabo las reuniones deberían estar presentes la mitad de los socios más uno.

En cuanto al sostenimiento, éste se haría posible mediante donativos y contribuciones voluntarias de los socios y las suscripciones al periódico. Se constituyó con un total de trece miembros fundadores o titulares. el presidente designado fue Pablo Gutiérrez, el secretario, Rafael Jiménez, el pro-secretario Eufemio Alonso y el tesorero Lázaro Pérez.

Para autorizar la fundación de esta Academia, el gobierno pidió al Claustro de Doctores de la Universidad que se reuniera para emitir su opinión. El Claustro respondió, entre otras cosas, que consideraba tres aspectos de ese proyecto de Academia: el político, el moral y el literario. En cuanto a lo político mencionan

el peligro que existe de que las juntas de esta naturaleza degeneren y se conviertan en clubes revolucionarios que perjudiquen la tranquilidad pública... por la misma naturaleza de su organización y por el espíritu de cuerpo y proselitismo que en tales juntas se desarrolla.¹¹

11. *Idem.*

12. Posiblemente se refieran a materialista en oposición a los grandes ideales porque en ese tiempo se veía al médico como un apóstol, se le igualaba al sacerdote.

El Claustro lo único que pretendía, era hacer ver al gobierno "los peligros en que se puede caer", además de lo relacionado con el orden moral y religioso. Desde su punto de vista, la medicina había tomado un giro materialista¹² por las ideas de ciertos autores, que indiscretamente se ponen en manos de la juventud inexperta, por lo que proponen la vigilancia del Gobierno en estos casos. En cuanto a la aprobación del proyecto, indicaban que en tanto no significaba competencia para la Universidad, porque no iban a enseñar a los jóvenes ni a expedir títulos, no tenían inconveniente en que se estableciera. La forma en que contestó el Claustro, deja entrever

cómo se mantenían a la expectativa y aunque su crítica iba dirigida a posibles acciones contra el orden establecido y la fe, sí advertían a la futura sociedad que no se inmiscuyera en su campo de acción.

Aquí se puede ubicar a dos grupos de médicos que permanecían en pugna. Por un lado, tenemos a los incluidos en la red de poder (en ese momento en manos de los conservadores) e integrantes del Claustro de la Universidad; por otra parte, están los excluidos, los de ideas progresistas, liberales que buscan el cambio. Al primer grupo pertenecen los que legitiman, permiten y sancionan, y al segundo grupo los que piden ser legitimados.

Los miembros del Claustro quieren que se conserve el estado de cosas, el orden, sus privilegios, ya que pertenecer a éste les otorgaba, entre otras cosas, tener relación directa con la oligarquía, ser reconocidos y tener prestigio. Así, mientras los miembros de la Academia no atentaran contra el Claustro y sus privilegios, no veían razón para oponerse a su establecimiento. Se sentían, además, seguros de que ellos, como Claustro, vigilarían y sancionarían en caso de algún atentado a la moral.

Sociedad Científica y Literaria "El Progreso"

Otra agrupación que surgió hacia 1860 fue la sociedad científica y literaria denominada El Progreso.¹³ Esta sociedad no es exclusivamente médica, aunque entre los socios corresponsales se encuentra el doctor Abundio Aceves, autor de varias obras médicas. Esta sociedad se reunía en el ex convento del Carmen y contó con la autorización del gobierno para hacer sus reuniones públicas. El expediente que habla de la creación de El Progreso, solamente contiene el agradecimiento al gobierno por permitirles constituirse y reunirse públicamente, la lista de socios y de muebles, una carta que avala la competencia profesional de la persona que eligieron como escribano. No cuenta con más datos sobre reglamento y objetivos.

13. AHJ. IP-1-860; GUA/1705, 6 fs.

Sociedad Médico-Mutualista de Jalisco

Hasta el año de 1882 aparece una nueva academia con el nombre de Sociedad Médico-Mutualista de Jalisco. El principal objetivo de esta sociedad fue "procurar la instrucción, la moralidad y los auxilios recíprocos entre sus miembros".¹⁴

Desde su nacimiento, se invitó a pertenecer a ella a todos los profesores de medicina y farmacia de la ciudad y se pensó en invitar también a todos los egresados de la Escuela de Medicina que no residieran en la ciudad. La sociedad estaba constituida por un presidente, un vice-presidente, un tesorero, tres secretarios cuyo nombramiento sería por un año, incluía además seis comisiones: estudios, moralidad, socorros, orden, fondos y administración. Las comisiones se nombraban cada dos años.

Este reglamento ordenaba todo lo concerniente a las cuestiones monetarias y su administración, especificaba cómo administrar los fondos y, en caso de necesitarlo, se apoyaría a alguno de sus miembros e incluso a la familia de éstos; en situaciones de fallecimiento se tenía contemplado apoyar a los huérfanos en la medida de las posibilidades de la asociación.

Después del fallecimiento del doctor Pablo Gutiérrez (1881), quien era uno de sus miembros distinguidos, la Sociedad Médico-Mutualista de Jalisco, tomó el nombre de Academia de Medicina de Jalisco, Sociedad "Pablo Gutiérrez". A pesar de ser una misma sociedad, se diferenció en dos secciones, una económica y otra académica, teniendo cada una su propio reglamento. La Sociedad "Pablo Gutiérrez" reseñaba periódicamente sus sesiones.

En la reseña suscrita por el doctor Perfecto G. Bustamante como secretario primero de ella, se informó de la realización de catorce sesiones más dos extraordinarias entre 1882 y 1883, especificando que no había habido ninguna sesión en la que no se hubiera tratado un tema científico. El doctor Bustamante mencionaba también que todo era espontáneo porque el objeto de

14. "Estatutos y Reglamento de la Sociedad Médico-Mutualista de Jalisco", Guadalajara, Tip. De Manuel Pérez Lete, 1882. BPE, Miscelánea 725.

estudio bien podía presentarse de manera verbal o por escrito y que no había nada obligatorio. En cuanto a los socios, parece ser que todos los médicos y farmacéuticos de la capital pertenecían a ella como socios activos e incluso los médicos que radicaban en el interior del estado; en poblaciones de otros estados podían ser corresponsales. Se editaba un periódico que ya se había relacionado con las principales publicaciones médicas de ambos continentes. Los gastos se solventaban con regularidad y la Sociedad sobrevivía con los fondos espontáneos de sus socios.

Esta mayor cohesión del grupo médico corre paralela a su afianzamiento social. La Sociedad se preocupaba en especial por viudas y huérfanos. Entre los trabajos presentados, el informe menciona: una fórmula contra la erisipela que recomendaba el doctor Antonio Gutiérrez Esteves; el doctor Abundio Aceves dio lectura a un trabajo original titulado "Del predominio del sistema linfático como causa predisponente de muchas enfermedades". El informe cita varios trabajos más; dice que se habían leído 26 en total, de los cuales 16 se publicaron. También se aludía a la sesión del 3 de agosto de 1882, en la cual el doctor Salvador García-diego, a nombre del doctor Benítez, leyó sobre un aparato titulado "Aspirador permanente", del que hizo su descripción verbal, lo hizo funcionar y dio la historia de las modificaciones que sufrió la primera idea que tuvo el doctor Benítez de ese aparato.

Esta sociedad, por lo que se puede notar, no sólo mantenía correspondencia con otras sociedades del país sino con otras del extranjero, como Francia. España, Puerto Rico. La Habana. Estados Unidos, Argentina, Chile.¹⁵

A través de esta sociedad se puede ver cómo los médicos de Guadalajara buscaron interrelacionarse no solamente entre ellos, sino con otras sociedades internacionales y nacionales para compartir conocimientos, avances, descubrimientos, inventos, etc. En este sentido, los propósitos y la lógica de funcionamiento de la Asociación coincidieron con los principios básicos de la reforma del plan de estudios de 1888.

15. *Idem.*

Conclusiones

Podemos concluir que Guadalajara tuvo diferentes sociedades y academias médicas que de una u otra forma contribuyeron al desarrollo de la medicina en nuestro estado; que el nacimiento de ellas obedeció sobre todo a la inquietud de unirse para formar un solo bloque, una especie de gremio que los distinguiera de los otros, también son un pequeño intento por empezar a profesionalizar a su disciplina, empezar a utilizar un lenguaje más técnico.

Por otra parte, se nota que los médicos tapatíos, a pesar de haber estado en continuas pugnas y divididos en dos bandos, uno que deseaba progresar y otro que quería mantener el orden de las cosas, pertenecían a las mismas asociaciones y contribuían al intercambio de inquietudes y a defender públicamente sus creencias y también sus experiencias.

Guadalajara tuvo diferentes sociedades médicas en la segunda mitad del siglo XIX y se puede notar, a través de ellas, cómo se fue complicando la organización de las mismas pero también cómo fue cambiando el conocimiento médico.

Médicos, farmacéuticos y prácticos en Jalisco a principios del siglo XX

Laura Catalina Díaz Robles
Universidad de Guadalajara

Introducción

En este escrito se exponen los conflictos que afloran entre los médicos titulados, los profesores de farmacia¹ y los prácticos² a raíz de la apertura de farmacias, mismos que surgen debido a la desigual penetración de las políticas sanitarias y al control diferenciado de las prácticas médicas y farmacéuticas en la capital del estado de Jalisco y las localidades del interior.

En la primera, la colisión se da para delimitar el espacio laboral y el estatus social entre médicos titulados y farmacéuticos, mientras que en las poblaciones de menor importancia la disputa se da entre médicos titulados, profesores de farmacia y prácticos. Esta querrela muestra los primeros atisbos de emancipación profesional de los profesores de farmacia del prolongado dominio ejercido por los médicos y de ambos profesionistas por desligarse y diferenciarse de los prácticos o legos.

La información obtenida para este trabajo se desprende de una investigación cualitativa en la que las herramientas principales que permiten el análisis son documentos de archivo, material bibliográfico y hemerográfico.

1. Profesor de farmacia era el título que ostentaba el que había concluido la carrera en farmacia.
2. Práctico podía ser cualquier persona que de manera empírica, con la supervisión de un profesor de farmacia, aprendiera a preparar fórmulas, o bien un estudiante de farmacia que no había completado su formación.

Antecedentes

La medicina y la farmacia son actualmente dos profesiones claramente diferenciadas. Para que llegaran a ese estado fue necesario, entre otros factores, que cada una delimitara sus contenidos, su espacio laboral, estableciera una formación escolarizada, brindara un servicio, se hiciera de prestigio y aceptación social, estableciera asociaciones profesionales y códigos éticos específicos y sus miembros se dedicaran a ella como una actividad de tiempo completo.³ Parte del proceso que veremos ahora, está relacionado con cómo estas profesiones fueron delimitando su margen de acción.

La carrera de medicina aparece en Guadalajara con el surgimiento de la Universidad en 1792, y la de farmacia aparecería muchos años después.

Por otra parte, los aspirantes tanto de medicina como de farmacia debían cursar un bachillerato común, además de que el plan de estudios de 1840 de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la Universidad de Guadalajara, contemplaba un tronco común para ambas carreras, lo que traía como consecuencia que o bien los médicos se sintieran autorizados para elaborar recetas, o que los farmacéuticos creyeran tener la capacidad para determinar enfermedades y medicamentos. Aunque cabe señalar que en este plan y en años posteriores, conforme se hicieron modificaciones curriculares, eran más las materias que sobre química tomaban los médicos, que de anatomía, cirugía o clínica pudieran llevar los químicos.⁴

También es importante el hecho de que la carrera de farmacia, a lo largo de las diversas modificaciones que sufrieron los planes de estudio en la facultad, siempre se cursó en uno o dos años menos que la carrera de medicina y que siempre fueron más los inscritos en medicina con respecto a los de farmacia; la misma tendencia sufrió la eficiencia terminal.⁵

Por diversas cuestiones políticas que en este momento no viene al caso señalar, la Universidad de Guadalajara tuvo varios cierres y aperturas. En 1925

3. Cfr. Andrew Abbot, *The System of Professions, An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago y Londres: The University of Chicago Press, s.f. pp. 9-20 y Jaime Martín Moreno y Amando de Miguel, *Sociología de las profesiones*, Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas, 1982, pp. 21-151.

4. Farmacia Galénica y Química son ejemplos de las materias que cursaban los médicos. Para mayor información ver: Angélica Peregrina, *La educación superior en el occidente de México*, Tomo I, siglo XIX, Universidad de Guadalajara-El Colegio de Jalisco, Zapopan, 1993.

5. Desde 1909 se notó una baja drástica en la inscripción a las carreras tanto de farmacia como de medicina, suceso que se agravó con la Revolución Mexicana en 1910. Esto no quiere decir que no había personas interesadas en estudiar, sino que los que tenían posibilidades lo hacían en el extranjero. A partir de esta fecha la carrera de farmacia no recuperaría su nivel de inscripción.

aparece aún la carrera de farmacia, independiente ya de la entonces Facultad de Medicina, pero en la reapertura de 1937 ya no hay rastros de ella. Sería en 1941 cuando en su lugar se crea la carrera de Químico Farmacobiólogo dependiente de la Facultad de Ciencias Físico - Químicas. Esto último lo podemos entender en un nuevo contexto en el que las medicinas de patente han desplazado a las manufacturadas.⁶

A principios de siglo sucede también un cambio importante en la consolidación de la carrera de medicina, la cirugía es introyectada por los médicos como parte de las competencias con que éste debe contar. El avance logrado por la ciencia en esta actividad permite su inclusión en el plan de estudios de medicina, a tal grado que el estudiante tenía que cumplir con ciertas materias teóricas y cursar además materias prácticas en el Hospital de Belén.

Gracias a los conocimientos que propagaron varios médicos que estudiaron en París, se va dejando de lado la idea de que la anatomía se estudia únicamente con láminas, de forma memorística, y se olvidan ciertos prejuicios con respecto a la disección de cadáveres, de manera que con el tiempo la Facultad de Medicina cambia su ubicación al Hospital de Belén, renombrado entonces y hasta hoy, Hospital Civil. En el Hospital también fue posible instalar un espacio en donde preparaban fórmulas los estudiantes de farmacia.

6. Piénsese, por ejemplo, en el empleo de la penicilina.

7. En este trabajo voy a considerar como sinónimos boticarios, farmacéuticos y profesores de farmacia. Asimismo sucederá con farmacias, boticas y droguerías. En el siglo XIX podía considerarse botica el lugar en donde se preparaban fórmulas de manera artesanal; en una droguería se vendían exclusivamente drogas y una farmacia sería el lugar en donde se expendían medicinas de patente, pero como ninguno de estos establecimientos se dedicó en exclusividad al giro que debía, se usarán indistintamente.

Médicos contra farmacéuticos

En 1908 apareció en un diario de Guadalajara una nota que hablaba de la situación de los boticarios⁷ durante el siglo XIX en París, quienes para ejercer debían titularse y a quienes, junto al diploma, se les exigía pronunciar un juramento que, además de imponerles ciertas bases éticas, les señalaba que no podían hacer nada sin el acuerdo de los médicos, se les conminaba a ejecutar fielmente las recetas dictadas por ellos y a no preparar ningún medicamento ni purga a los enfermos que no

8. "Malas condiciones de las boticas", *El correo de Jalisco*, Guadalajara, tomo XXVII, año XIV, núm. 159, 20 de junio de 1908, p. 1.

9. Archivo Municipal de Guadalajara/RM. exp. 129, 49 pp.

10. "La práctica médica en Guadalajara a principios del siglo XX", artículo presentado en el Cuarto Congreso de Salud-Enfermedad: de la prehistoria al siglo XX, celebrado en el Museo Nacional de Antropología. Sept. 30 a octubre 5 de 1996, 12 pp.

contaran con receta expedida por un facultativo. Se les impedía emplear sucedáneos o sustitutos si no contaban con el consejo de otra persona más sabia y se les obligaba a desautorizar la práctica escandalosa y altamente nociva utilizada por los charlatanes, empíricos y curanderos.⁸

Esa nota nos permite visualizar la preocupación de los farmacéuticos tapatíos por el hecho de estar supeditados al médico, quien para entonces ya gozaba de una aceptación y un prestigio social como profesionista. También nos muestra cómo desde entonces se confrontaba a los farmacéuticos y los prácticos, pues gran parte de la población seguía haciendo uso de la medicina alternativa, tradicional o prácticas poco higiénicas. Por tanto, en la lucha de los farmacéuticos por forjarse una posición en el medio, debían quedar muy claras las diferencias que existían entre todos ellos.

En México la reglamentación y vigilancia de las boticas fue establecida desde el virreinato. A partir de entonces y hasta el periodo de nuestro estudio, hubo gran diferencia entre lo que significa cumplir y acatar la ley, ya fuera en la capital o en el interior del estado. Por ejemplo, en 1823 el "Reglamento de Policía y Buen Gobierno del Supremo Gobierno del Estado de Jalisco" estipula, en su artículo 27, que ninguna persona ejercerá las facultades de medicina, cirugía o farmacia sin el correspondiente título. La transgresión era castigada con 25 pesos de multa, pero no siempre se cumplió.⁹

La actividad económica que se desarrolla en Guadalajara a lo largo del siglo XIX no prevé el surgimiento de situaciones de pleno empleo para farmacéuticos y médicos, pero sí circunstancias que van a ser aprovechadas por éstos para ir conformando su práctica.

De acuerdo con Luciano Oropeza,¹⁰ para el caso de la medicina, la desigual posibilidad socioeconómica y la escasa penetración de una nueva cultura de salud en la población (medicalización), limitan la ampliación del mercado laboral del médico; por lo tanto, la complementación de actividades dentro de una reducida división del trabajo será la forma como irán consolidando

su práctica médica como una ocupación de plena dedicación. Así, veremos que la atención en consultorios particulares se va a combinar con la apertura de farmacias y con empleos generados en las instituciones de beneficencia y previsión social de la entidad. Es decir, una de las actividades alternativas que buscará el médico, será establecer botiquines para vender medicamentos en la misma consulta o mediante la instalación de una farmacia.

A fin de cumplir con algunas exigencias del código sanitario, los médicos van a asociarse o contratar los servicios de profesores de farmacia para cumplir dicha prescripción. Otros facultativos van a evitar lo anterior a través del estudio formal de la carrera de farmacia, apareciendo así individuos que se autonombrarán médicos-farmacéuticos. A principios del siglo XX, en Guadalajara existen 13 médicos propietarios de farmacias, de un total de 43 de ellas.

Por su parte, los farmacéuticos, de acuerdo con el artículo 172 del citado código, deben permanecer durante las horas de más despacho en las farmacias de que son responsables y no pueden laborar en más de una farmacia como lo venían haciendo hasta antes de la reglamentación, a pesar de que, según la prensa local, había mas boticas que boticarios.

Por su trabajo, los profesores de farmacia recibían un sueldo de veinte pesos, mismo que se consideraba insuficiente e indigno. Los farmacéuticos no encontraban mucha competencia entre los prácticos, empíricos o charlatanes en la capital, pues sólo existían alrededor de diez boticas en las que no había responsable. La mayoría de los que ejercen la farmacia lo hacen con apego a la ley y si no, se les impide de manera terminante continuar, como será el caso del establecimiento donde se vende el específico "Zendejas",¹¹ que con la misma fórmula curaba varias enfermedades y la farmacia de la señora Concepción Ruiz de King,¹² quien no contaba con los instrumentos y el equipo preciso para elaborar las recetas. Su principal opositor sería el médico.

11. Archivo Histórico de Jalisco (AHJ), F-13-1918. Caja 154 Bis O.

12. AHJ, F-13-1900. Caja 153.

13. *El bien público*, Guadalajara, 6 de septiembre de 1902.

Defendiendo su mercado de trabajo, los farmacéuticos alegan que: 1) los galenos recetan sustancias que sólo han visto en las revistas científicas; 2) sólo por categoría recetan medicinas caras al rico y al pobre; 3) tienen preferencia por ciertos establecimientos y llenan sus recetas en varios idiomas, haciendo uso de signos cabalísticos para sus fórmulas y de esa manera nadie más las puede surtir; 4) prestan su nombre y reconocimiento para publicitar productos especiales que no son otra cosa más que fórmulas comunes.¹³

Los médicos no encontraban muchas trabas para establecer una farmacia, y sería hasta el momento en que, a causa de unas recetas mal surtidas por dependientes incompetentes, hubo dos casos de envenenamiento, cuando las autoridades ejercieron mayor control. Si bien es cierto que a algunos médicos se les niega en Guadalajara el permiso para abrir una farmacia o aún en los botiquines se les exige responsable, en el interior del estado no, razón, entre otras, por la que algunos emigran.

Impulsados por las razones antes mencionadas, varios farmacéuticos deciden también ejercer en pequeñas poblaciones, lo que ocasiona que las disputas y desacuerdos entre ambos profesionistas continúen.

Disputas al interior del estado

Con el arribo de los profesores de farmacia y médicos a los municipios y rancherías, llega también la necesidad de instrumentar de mejor manera la institucionalización de las políticas de salubridad y la regulación de la práctica médica.

Si bien en Guadalajara había una pugna fuerte entre farmacéuticos y médicos por límites laborales, al interior del estado el conflicto se acrecienta. Ambos profesionistas enfrentan a prácticos de medicina, de farmacia y comerciantes que explotan el ramo de droguería y botica en sus tiendas, quienes no toman ningún tipo de precauciones y carecen de la correspondiente

autorización para la venta de medicamentos. Esto provoca que médicos y farmacéuticos los vean como competidores y que dicha competencia les resulte insostenible ya que los legos no pagaban el costo de las patentes especiales.

Todos aquellos que ejercían la medicina sin tener para ello una preparación formal se amparaban tanto en el artículo 275 que establecía que cuando no hubiera un profesor de farmacia titulado, éste se sustituiría por un práctico a quien la autoridad concediera permiso especial. Además, en el artículo 4 transitorio del Código Penal se señalaba que en las poblaciones donde haya menos de tres profesionistas titulados de carreras que requieran títulos conforme a la ley, los ayuntamientos podrán permitir a personas prácticas y entendidas que ejerzan la profesión correspondiente, si no lo juzgan nocivo a la sociedad y tomando las debidas precauciones.

Es así como en Ocotlán, dos médicos establecen botiquines y son tolerados por la Junta Directiva del Consejo Superior de Salubridad, pues no existían profesores de farmacia.¹⁴ Igualmente sucede en Encarnación de Díaz, donde algunos vecinos envían un oficio al Gobernador del estado solicitándole que le sea permitido abrir una botica a un señor que tiene estudios inconclusos en la escuela de medicina, a quien consideran apto y competente pues ha recetado a la población por más de veinte años; añaden que no hay profesor de farmacia titulado responsable y, además, que los medicamentos que receta están al alcance de la clase menesterosa. El gobernador en turno tuvo a bien conceder el permiso que solicitaban.¹⁵

Desde este mismo sitio se envía a Salubridad una denuncia sobre una tlapalería, dos abarroteras y una mercería que explotan al ramo de farmacia, donde el dueño se dice saca-muelas y vende recetas. En el curso se dice que al parecer la autoridad política, frecuentemente removida, olvida o aparenta ignorar las resoluciones del Consejo. La contestación dice que se

14. AHJ. F-13-1906. Caja 153 bis J
(1). Exp. s.n.

15. AHJ. F-13-1908. Caja 154 bis C.

16. AHJ.F-13-1908. Caja 154 bis C.

17. AHJ. F-13-1896. Caja 159.

18. AHJ. F-13. 1902. Caja 153 bis B.
legajo 52.

19. AHJ. F-13. 1902. Caja 153. exp.
344.

20. AHJ. F-13. 1896. Caja 149 E.

21. Antonio Peñafiel. "Estado que manifiesta la concentración de los datos del censo del Estado de Jalisco practicado el 20 de octubre de 1895". Jalisco. AIJJ. Mapoteca, 1895.

tomarán cartas en el asunto y se castigará a los responsables, mas no nos consta que esto haya sucedido.¹⁶

De Mezquitic y Ojuelos informan al gobierno del estado que no hay persona alguna que mediante certificado oficial ejerza profesiones médicas.¹⁷

Apoyándose en el nuevo Código Sanitario, el profesor de farmacia puede demandar a la Junta Directiva del Consejo de Salubridad que se termine con muchas situaciones irregulares, cosa que se logra sobre todo en las localidades más importantes. Como ejemplo tenemos el caso de un práctico de farmacia que, no obstante tener 35 años ejerciendo como tal en Tepatitlán, es obligado a cerrar su establecimiento, permitiéndosele únicamente que vendiera al menudeo medicinas de patente.¹⁸

En Lagos de Moreno a un estudiante de farmacia no se le concede abrir una botica, además se demanda a un médico que es propietario de otra porque permite que la atienda una muchacha de 14 años.¹⁹ En Tenamaxtlán se le impide a un práctico de medicina el seguir aplicando la vacuna, pues existe médico titulado.²⁰

No obstante que a la llegada de los profesionales de medicina al interior del estado cesaron algunas prácticas irregulares, la paradoja sigue en pie: ¿quién o cómo se reguló el ejercicio antes de su llegada, ¿cómo es posible que hubiera personas con 10, 20 y hasta 30 años de ejercicio sin ninguna preparación?, porque si bien algunos adquirirán el carácter de prácticos a través del trabajo desarrollado en farmacias de las localidades más pobladas, otros no tenían ni idea de lo que hacían.

Regulación de la problemática

A principios de siglo, Jalisco estaba dividido en doce cantones (Guadalajara, La Barca, Ciudad Guzmán, Lagos, Teocaltiche, Sayula, Autlán, Ameca, Ahualulco, Mascota y Chapala) y tenía una población de 1 153 891 habitantes, de los cuales el 14.3% residía en Guadalajara.²¹ El estado contaba con una infraestructura hospita-

laria escasa, además de 132 médicos ejerciendo con título legalmente autorizado, mientras que en Guadalajara se concentraban en número y en calidad: a) los hospitales; b) casi la mitad de los médicos con título y c) de acuerdo con una muestra bastante representativa, un 57% de las farmacias.

Si bien no podemos hablar de que existiera una distribución equitativa de servicios médicos, por lo menos la ciudad no carecía de ellos e incluso aventajaba a los demás cantones.

Para 1892, en Jalisco se decreta un nuevo código sanitario que, entre otras cosas, señala que en cada farmacia o lugar donde se expendieran medicinas debería haber un farmacéutico legalmente autorizado y que en las localidades donde no hubiera profesores de farmacia titulados podrían ejercer médicos o prácticos. Establecía, además, que los servicios sanitarios del estado dependerían del Ejecutivo, de los jefes políticos de cantones y de las demás autoridades y empleados por orden administrativo.

La administración sanitaria se dividía en administración general y local. La general la ejercían las juntas de sanidad de los cantones y departamentos del estado y los agentes sanitarios especialmente nombrados para cualquier punto del estado. La local estaba, a su vez, dividida en lo que sería la capital, los cantones, los departamentos y por último las municipalidades y comisarías.

En ese orden, en Guadalajara era ejercida por el gobernador, el Consejo Superior de Salubridad, el jefe político, el ayuntamiento a través de la comisión de salubridad, la inspección de bebidas y comestibles, bajo las órdenes del propio consejo, los agentes que determinarían el reglamento respectivo, los directores y médicos de los hospitales públicos y la inspección de sanidad municipal.

En los cantones y departamentos ejercían la administración sanitaria la junta de sanidad que se compondría del jefe político, el presidente del ayuntamiento y el médico encargado de la vacuna y los ayuntamientos

por medio de su comisión de salubridad. En las municipalidades la administración sanitaria estaba a cargo de los funcionarios encargados de la administración pública.

De inicio podemos notar que el mismo código contempla que conforme la localidad es más pequeña, pierde importancia instrumentar organismos adecuados de administración y vigilancia. Ahora bien, de hecho nos encontramos con que las prescripciones organizativas de las instancias de control sanitario y regulación de las prácticas ligadas con la salud se desarrollan de manera diferenciada.

Así, conforme a una información reportada al Consejo Superior de la Ciudad de México, en Guadalajara encontramos que la Junta de Sanidad estaba cabalmente establecida, la institucionalización de las políticas sanitarias se había internalizado. Prueba de ello son las regulares inspecciones a las farmacias, la exigencia de que cada farmacia sellara las recetas que surtía, el hecho de que se hiciera caso a las denuncias en cuanto a malos procedimientos sanitarios, las discusiones que con respecto a la regulación de las prácticas médicas se daban en la prensa y el surgimiento de la iniciativa de que se formara una Farmacopea Oficial Mexicana con el fin de unificar los medicamentos y nomenclatura en toda la República.

En grado menor, pero aceptable, se encontraban las demás jefaturas de cantón, a excepción de Mascota. Mas nos encontramos con que solo 69 departamentos estaban conformados de acuerdo con el código sanitario; en otros 40, las juntas estaban a cargo de los agentes ordinarios de sanidad, que no eran más que autoridades políticas, personas notables o prácticos de medicina. En Talpa y Tomatlán no existían juntas de sanidad, y el caso extremo lo representa Ocotlán, localidad en donde ni siquiera conocían el código en cuestión; cuando se les reclama su incumplimiento, solicitan a Guadalajara un ejemplar del mismo, pues no sabían de su existencia.

Los casos anteriores son importantes porque nos muestran que la institucionalización de las políticas sanitarias es escasa y diferenciada, tanto en la creación de instancias instituyentes como en la socialización de nuevas formas de medicación y medicalización como veremos mas adelante.

Esta desigual institucionalización de las políticas sanitarias permite que prevalezcan actividades médicas y de farmacia realizadas por profanos y que se dé una medicación en la que coexisten formas naturales de elaboración de medicina por gente sin formación, medicinas manufacturadas por prácticos y un comercio de medicinas sin regulaciones, que no se practica en expendios específicos.

Conclusiones

A principios del siglo XIX el médico goza de un reconocimiento social mayor que el farmacéutico y, por supuesto, que los prácticos. Logra esa supremacía, en parte por el hecho de ser la medicina una carrera con mayor antigüedad dentro de la Universidad y, por tanto, considerada erudita.

Además, es el médico el que determina qué enfermedades se padecen y el que expide la receta en que se especifica qué, a qué horas y en qué dosis debe prepararse una fórmula o consumirse una medicina de patente. En ese orden de ideas, el farmacéutico es únicamente aquel profesionista que acata sus órdenes.

El tiempo de preparación que requiere la carrera de medicina, con respecto a la de farmacia, es mayor, lo cual pudo también haber influido para que la primera gozara de una posición más elevada en la sociedad.

El farmacéutico sabía del uso de plantas y preparaba algunos medicamentos con sus conocimientos químicos, pero eso no lo diferenciaba mucho de una ama de casa, un yerbero común y corriente o un comerciante que expendía medicinas, y si bien tenía algunos conocimientos de medicina y el médico conocimientos

de farmacéutica, la diferencia la constituyó el avance de la ciencia y conocimientos médicos, y, sobre todo, la incorporación de la cirugía como una habilidad propia del médico, para la cual hacía falta mucha práctica y destreza, misma que no poseía el farmacéutico.

El número de egresados puede constituir también un elemento por el que, una vez constituidos como profesionistas y organizados en asociaciones, los farmacéuticos podían tener menor peso social que los médicos.

Es de destacarse el papel del Estado como árbitro, protector y legitimador de la supremacía de ambas profesiones sobre las demás actividades no formalizadas ni credencializadas, aunque el desarrollo de los aparatos de vigilancia no le permitían ejercer un control total sobre el proceso.²²

En esta lucha por lograr establecer una frontera laboral clara, queda establecida la supremacía de una profesión contra quien no ha tenido un proceso formal de formación. Se establece también una superioridad de la profesión médica sobre los farmacéuticos, sin dejar de lado que estos últimos luchan por ir conformando un *habitus*²³ propio, por institucionalizar su desempeño y ser reconocidos en la sociedad, pero la desaparición de esta carrera nos permite también observar un proceso de desinstitucionalización para dar lugar a un nuevo profesionista dentro del nuevo contexto del desarrollo de la ciencia y la tecnología, en este caso la química, que de entrada define y diferencia perfectamente sus funciones con respecto al médico : el químico farmacobiólogo.

22. Cfr. Paul Starr. *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. Nueva York: Basic Books, pp. 3-29, 145-197 y Eliot Freidson. *La profesión médica*. Barcelona: Península 1977.

23. Pierre Bourdieu. *Le sens pratique*. París: Minuit, 1980, pp. 94-97.

Trayectoria laboral de los médicos: Jalisco, segunda mitad del siglo XX

Adalberto Arteaga Manzo
Luciano Oropeza Sandoval
Universidad de Guadalajara

Introducción

En este escrito analizamos el tipo de trayectoria laboral que trazan los médicos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en Jalisco. Iniciamos con algunos antecedentes que caracterizan al mercado de trabajo médico durante las primeras décadas de esa centuria, enseguida describimos el tipo de empleo al que acceden los médicos a partir de los años cincuenta y terminamos con algunas reflexiones sobre los cambios que aparecen en su práctica laboral. Este estudio se apoya fundamentalmente en una encuesta aplicada a una muestra de cuatro generaciones de egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

Antecedentes

En un ensayo sobre la práctica médica de principios del siglo XX, Luciano Oropeza menciona que la estructura económica y social prevaeciente en Guadalajara no propicia condiciones de pleno empleo para los médicos, pero sí circunstancias que van a ser aprovechadas por éstos para ir conformando su mercado de trabajo.¹ Él describe cómo la atención en consultorios particula-

1. Luciano Oropeza Sandoval, "La práctica médica a principios del siglo XX". *Gaceta Municipal*. Guadalajara: H. Ayuntamiento de Guadalajara, mayo-junio de 1997, pp. 184-188.

2. Para instalar un consultorio los médicos tenían que acreditar la terminación de sus estudios de medicina general y registrar el título ante el Consejo Superior de Salubridad. Oropeza, *op. cit.*
3. La intervención del Estado de Bienestar representa "una ruptura radical frente a la noción liberal de que las fuerzas del mercado se encargarían de encontrar el equilibrio en la sociedad. Este aspecto más bien está vinculado con la dimensión social del funcionamiento de una sociedad: con el reconocimiento explícito a nivel macro de que las fuerzas del mercado dejadas a su libre arbitrio profundizan la desigualdad social. En este sentido el seguimiento del Estado de Bienestar constituyó una especie de seguro para los trabajadores contra los efectos perversos del mercado". Estela Gutiérrez Garza, *La crisis del Estado de Bienestar*. México: Siglo XXI, 1998, p. 10.

res se va combinando con la apertura de una farmacia y con empleos generados en las instituciones de beneficencia y previsión social de la entidad; de suerte que a falta de una oferta de empleo sólida que les permita dedicarse a una actividad determinada de tiempo completo, emerge una práctica médica fundada en actividades complementarias caracterizadas por una escasa división del trabajo.

Estas condiciones permiten que se consolide una práctica laboral en la que el médico ofrece libremente sus servicios, fijando el tiempo y costo de su trabajo. En esta relación, su autoridad le permite organizar la naturaleza de su trabajo, pero no las condiciones de su demanda. Esta relativa autonomía² para iniciar y organizar su actividad laboral le confiere la denominación de práctica médica liberal.

Tal situación, sin embargo, se ve socavada por el inicio de una aguda transición del país caracterizada por la intervención del Estado en la regulación de los procesos económicos y en la reproducción social y cultural de la mayoría de las capas sociales.³ Se trata de un modelo de desarrollo en el que la intervención estatal y la expansión de los sectores económicos, vía sustitución de importaciones, genera cambios en la demanda de recursos humanos a través del crecimiento de los sectores productivos y de la creación de instituciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, en particular de la clase trabajadora y de los grupos socialmente marginados. En esto último se ubica el surgimiento de instituciones de seguridad social y asistencia pública que tienden a ampliar las opciones laborales de los trabajadores de la salud.

En 1944, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) empieza a prestar servicios médicos en el Distrito Federal y en los dos años siguientes los extiende a las cuatro principales ciudades del país. De hecho, este inicio de los servicios médicos se realiza con gran premura, "sin la posibilidad de que se construyeran las instalaciones requeridas". De ahí que en los primeros años se recurra a la subrogación e improvisación de es-

tablecimientos. Esto trae como correlato que la demanda de capacidad de trabajo médico por esta institución no presente un crecimiento similar al de la producción de servicios, puesto que las unidades subrogadas contaban ya con el personal necesario para producirlos.⁴

En los años siguientes, de 1946 a 1952, el crecimiento de la institución, tanto en el número de establecimientos como en la producción de servicios, fue comparativamente más lento que en los años anteriores. Frenk dice que:

la política seguida... para satisfacer los crecientes requerimientos de personal se basó en un incremento de las horas extra del personal en los servicios médicos se incrementó sólo en 59 por ciento, mientras que algunos de los servicios otorgados, como partos atendidos e ingresos hospitalarios, se incrementaron en 95 y 140 por ciento, respectivamente. [También] en menor grado, la incorporación de personal a través de la creación del internado de posgrado, se convirtió en una forma de cubrir los nuevos requerimientos; así, hacia 1958, trabajaban en ella 47 internos de posgrado.⁵

Este mismo autor considera que durante el período que va de 1958 a 1967 se consolida la seguridad social como la forma más importante de participación del Estado en la producción de servicios de atención médica y, por consiguiente, en la principal generadora de fuentes de trabajo para los médicos.

Más adelante, el primero de enero de 1960, se publica la ley que transforma la antigua Dirección de Pensiones Civiles en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sin embargo, su efecto sobre la expansión cuantitativa de la demanda de trabajo médico a nivel nacional no fue tan importante como el del IMSS, debido fundamentalmente a su dependencia de la subrogación de servicios.⁶

4. Julio Frenk *et. al.* "El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica de México". *Gaceta médica de México*. México: UNAM, Vol. VI, núm. 6, 1980, pp. 265-283.

5. *Ibid.*, p. 268-269.

6. *Idem.*

Por su parte, en la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA),

se inicia claramente la tendencia hacia la especialización, como forma dominante de organización para la producción de servicios médicos, al crearse los institutos y los hospitales de especialidad. En 1943 se funda el Hospital Infantil de México, en 1944 el Instituto Nacional de Cardiología y en 1946 el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.⁷

7. *Ibid.*, p. 268.

Durante esta fase, la atención médica adquiere ya una franca preponderancia sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de servicios de salud. Además, el hospital empieza a convertirse en el centro de desarrollo de un trabajo médico cada vez más especializado.⁸

8. *Idem.*

El IMSS aparece en Guadalajara en 1946, pero su presencia no entraña la creación inmediata de nuevos espacios laborales, ya que el inicio de la seguridad social se da sobre la base de instituciones ya existentes en la entidad, como sucede con el Sanatorio Ayala. No obstante, al poco tiempo los médicos tuvieron que enfrentar la disyuntiva de integrarse a los servicios públicos, donde podían continuar con una educación especializada, obtener nuevos conocimientos y aumentar su prestigio al entrar en contacto con la tecnología que sólo se encontraba disponible en esos ámbitos, o bien, continuar con su práctica privada con una alta probabilidad de ver sus conocimientos obsoletos en poco tiempo.

Estas circunstancias permiten postular que a partir de los años cincuenta el mercado de trabajo médico en Guadalajara empieza a integrarse de manera manifiesta por dos sectores: un sector autónomo y otro institucional. Ambos sectores empiezan a aglutinar a la mayoría de los médicos durante varias décadas. Sin embargo, esta dicotomía se va complicando con el paso de los años, de tal manera que uno y otro van a experimentar una jerarquización muy profunda.

El sector autónomo se integra por todos aquellos empleos que son generados por los mismos médicos para ofrecer sus servicios profesionales. Es un mercado donde predominan re-

laciones de informalidad laboral y de liberalidad para organizar el trabajo. Este segmento, empero, experimenta una aguda diferenciación en su interior: en un extremo aparece la práctica de médicos generales en consultorios que prestan servicios básicos y en otro clínicas equipadas con infraestructura y servicios varios donde predominan los médicos especialistas.

El sector institucional se integra por todos aquellos empleos que no son creados por los propios médicos, sino por instituciones que suelen establecer las condiciones de trabajo. Este mercado se compone básicamente de las instituciones públicas de salud, aunque también incluye a las privadas que ofrecen empleos permanentes a los médicos. Al igual que el sector autónomo, también acusa una fuerte diferenciación: en la parte superior aparece el IMSS con mejores condiciones de trabajo, en un rango medio el ISSSTE y la SSA, y en la parte inferior se ubican los servicios médicos municipales como la Cruz Verde, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), etcétera.

Trayectoria laboral de los médicos

Para conocer la trayectoria laboral de los médicos egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara durante la segunda mitad del siglo XX, utilizamos una encuesta de seguimiento a egresados que aplicamos a sólo cuatro generaciones, espaciadas por 10 años entre cada una, quedando elegidas las de 1944-1950, 1954-1960, 1964-1970 y 1974-1980.

La suma de los egresados de estas cuatro generaciones ascendía a 875 médicos, cantidad que resultaba difícil de abordar en un estudio para el que se contaba con poco tiempo y escasos recursos económicos, por lo que decidimos utilizar una tabla de números aleatorios para seleccionar una muestra representativa de cada generación, pues también la cantidad de egresados en cada una de ellas era muy variable. Así la muestra estratificada⁹ quedó de la siguiente manera:

9. Se eligieron otros miembros que se mantuvieron de reserva para sustituir a aquellos médicos de la muestra que no pudiéramos entrevistar, debido a casos de defunción, dificultades de localización o negación a conceder la entrevista. Pero sólo la muestra de la generación de 1944-1950 fue la que sufrió modificaciones debido a que muchos de estos médicos ya no se encontraron.

Muestra aleatoria simple estratificada

Clase	Población	Muestra
Generación 1944-1950	40	10
Generación 1954-1960	71	17
Generación 1964-1970	188	26
Generación 1974-1980	576	57
T o t a l	875	110

A esta muestra de egresados se le aplicó un cuestionario de seguimiento durante el periodo que va de la segunda mitad de 1996 hasta febrero de 1997. En seguida exponemos parte de la información que obtuvimos de la aplicación de esta encuesta.

Empleo de los médicos

A lo largo de la primera mitad del siglo XX, los médicos logran consolidar una actividad laboral de plena dedicación: una práctica profesional basada en el establecimiento de consultorios particulares. Es una actividad con poca diversificación, ya que en ese entonces las otras actividades complementarias de la práctica médica, como la vinculación con el uso del hospital y con la enseñanza de la medicina, no gozaban de gran aceptación social.¹⁰ Será hasta finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta, cuando la actividad del consultorio empiece a extenderse a los hospitales, a las instituciones de salud, a las clínicas y otros lugares, de tal manera que será muy ocasional ver al médico trabajando en un solo lugar.

En el cuadro número 1¹¹ podemos observar que el 90% de los egresados en 1950 posee dos o más trabajos a la vez, y el 10% permanece en un sólo empleo; que el 88.2% de los egresados de 1960 tiene más de un em-

10. Laura Catalina Robles Díaz. La práctica médica en los hospitales privados de Guadalajara. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1999. (Tesis de maestría).

11. Para mayor comodidad del lector se han agrupado todos los cuadros al final del artículo.

pleo al mismo tiempo, y 11.7% trabaja en una misma institución; que el 50% de los egresados de 1970 cuenta con dos o más empleos, 38.5% trabaja en una misma institución y 11.5 permanece en un solo empleo; y que el 63.1% de los miembros de la generación 1974-1980 trabaja en dos o más lugares al unísono, 19.3% trabaja en una misma institución, 8.8% lo hace en un solo empleo y el 8.8% restante no ejerce la medicina.

Esta información muestra que uno de los rasgos laborales más sobresalientes de los médicos, es su ubicación simultánea en dos o más empleos aunque esto disminuye relativamente en las dos últimas generaciones estudiadas; esto revela también cómo van cambiando las condiciones de movilidad laboral, ya que a la par del descenso proporcional de los empleos simultáneos, se incrementa el porcentaje de médicos que ejercen en una sola institución o en un solo empleo a lo largo de su ciclo de vida laboral.

Descripción del empleo

La simultaneidad en varios espacios de trabajo, nos llevó a estudiar con mayor detalle los tres primeros empleos de cada una de las cuatro generaciones. En cada uno de ellos procedimos a examinar el lugar de trabajo y la actividad desempeñada, como veremos en seguida.

Primer empleo

La información sobre la actividad laboral de los médicos revela que muchos de ellos trabajan desde su etapa de estudiantes; sin embargo, como la mayoría de esas actividades no se relacionan con el mercado de trabajo médico, consideramos al primer empleo como la ocupación inicial que desempeñan los egresados en ámbitos relacionados con su profesión.

a) *Lugar de trabajo.*- En el cuadro número 2 podemos ver que los médicos de la generación 1944-1950 se ubican inicialmente en dos ámbitos laborales: uno conformado por consultorios particulares y otro donde predominan los servicios médicos de seguridad y los de asistencia social que proporciona el Estado. Esta ubicación es proporcionalmente similar en la generación de 1954-1960.

Los egresados en 1970 trabajan principalmente en el IMSS (53.8%), uno de cada cuatro establece un consultorio por su cuenta y el 11.5% labora en instituciones de educación superior. Los egresados en 1980, por su parte, se ubican en consultorios particulares (25.0%), en servicios médicos asistenciales (26.9%), en instituciones de seguridad social (25.0%) y los menos se dedican a trabajar en dispensarios médicos (15.4%).

Esta información permite ver cómo se va diversificando el mercado de trabajo médico desde el consultorio particular hasta otros espacios relacionados con la asistencia pública y la seguridad social, con instituciones de educación superior y con clínicas y hospitales privados. En consonancia con esto, vemos también cómo el consultorio médico va siendo relegado por espacios laborales generados por la asistencia pública y la seguridad social. En particular, notamos cómo el IMSS se convierte en el principal empleador de los egresados de medicina en los años setenta y cómo después disminuye su capacidad de generación de empleo a partir de los años ochenta.

b) *Actividad laboral.*- En el cuadro número 3 encontramos que el 60% de los egresados en 1950 se desempeña como médico general y el 47.1% como médico especialista. Para la generación de 1970, el 42.3% se desempeña como médico especialista, el 38.5% como médico general y el 11.5% se dedica a la docencia.

Cosa distinta sucede con los miembros de la generación 1980, ya que el 61.5% trabaja como médico general, el 25.0% como especialista, el 5.8% se

desempeña como docente y un 5.8% realiza funciones de dirección en clínicas y hospitales.

Esta información muestra cómo se van diversificando las actividades laborales que desarrolla el médico especialista; ambas son las formas de ejercicio profesional más representativas en cada una de las generaciones. A la par del predominio de estas dos actividades, emergen otras que se relacionan con la complicación de la infraestructura de atención médica y con el crecimiento de las instituciones de educación superior, como son las actividades relacionadas con la supervisión y administración de las diversas unidades de salud y con la enseñanza de la medicina.

c) Correlación entre lugar de trabajo y actividad laboral. - Al cruzar la información de las variables lugar de trabajo y tipo de actividad del primer empleo, encontramos que:

- En la generación de 1950 existe correlación entre el empleo en consultorios particulares y la actividad del médico general y muy poca correlación entre este empleo y la actividad del especialista.

- En la generación de 1960 también hay correlación entre el empleo en consultorios particulares y la actividad del médico general. mientras el empleo en las instituciones de seguridad social tiene correlación con la actividad del médico especialista.

- En la generación de 1970 continúa la correlación entre el empleo en consultorios particulares y la actividad del médico general; también persiste la correlación entre el empleo en las instituciones de seguridad social y la actividad del médico especialista.

- En la generación de 1980 existe correlación entre los empleos desarrollados en consultorios, clínicas y hospitales privados y en los servicios médicos asistenciales con la actividad del médico general. Igualmente prosigue la correlación entre el empleo en instituciones de seguridad social y la actividad del médico especialista.

Estos niveles de correlación permiten precisar que el empleo en consultorios privados es ejercido fundamentalmente por médicos generales y que la actividad del médico especialista tiene cabida principalmente en las instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE y Hospital del Ferrocarril del Pacífico.

Segundo empleo

a) *Lugar de Trabajo.* - En el segundo empleo, los médicos investigados siguen trabajando principalmente en su consultorio particular, en seguida en instituciones de asistencia y seguridad social, y en las universidades; aunque también aparecen otros espacios laborales como laboratorios y farmacias, como veremos en seguida.

En el cuadro 4 podemos ver que los egresados en 1950 se distribuyen en un abanico amplio de espacios, concentrándose más en instituciones de seguridad social (22.2%) y en consultorios privados (22.2%). Los integrantes de la generación de 1954-1960, por su parte, se ubican básicamente en consultorios privados (29.4%), en servicios médicos asistenciales (29.4%) y en instituciones de seguridad social (29.4%).

Los egresados en 1970 se concentran en primer orden en instituciones de seguridad social (47.8%), y después en consultorios privados (34.8%) y en universidades (13.0%); mientras los miembros de la generación de 1974-1980 se ubican más en los servicios médicos asistenciales (36.7%) y menos en instituciones de seguridad social (17.1%) y consultorios privados (12.8%).

Lo anterior muestra que los egresados de la generación de 1950 laboran en espacios diversos, mientras los de 1960 y 1970 lo hacen principalmente en instituciones de seguridad social, en consultorios privados y en los servicios médicos asistenciales. Los egresados en 1980, por su parte, también se distribuyen en una gama

variada de lugares, aunque prevalecen en aquéllos que son considerados de menor prestigio social.

b) *Actividad laboral.* - En lo relativo a la actividad laboral desempeñada, encontramos que la práctica del médico general va disminuyendo a costa de una mayor presencia del especialista y de una gama de actividades relacionadas con la docencia y la administración y dirección de clínicas y hospitales.

En el cuadro número 5 podemos ver que el 44.4% de los egresados en 1950 trabaja como médico especialista, 11.1% como médico general, 11.1% como docente y otro 11.1% como directivo de clínicas y hospitales. A su vez, el 76.5% de los egresados en 1960 trabaja como médico especialista, 5.9% como médico general y 5.9% como docente.

En la generación que egresa en 1970 vuelve a diversificarse la actividad laboral, aunque continúa concentrándose en una sola: el 65.2% trabaja como especialista, el 13.0% como docente, el 8.7% como director de clínicas y hospitales, el 8.7% como jefes de servicio y/o coordinador de área y un 4.3% como médico general. Esta diversificación se acentúa con los egresados en 1980, ya que el 36.2% trabaja la medicina general, el 36.2% como médico especialista, el 10.6% como jefe de servicio y/o coordinador de área y el 8.5% como docente.

Todo esto muestra cómo la actividad del médico general va siendo relegada por la práctica del especialista y por otra serie de actividades derivadas de la mayor complejidad de la ciencia médica y del mismo mercado de trabajo, como son la docencia y los diversos puestos jerárquicos que aparecen en las instituciones de salud; aunque en la última generación encontramos una reactivación de la actividad del médico general.

c) *Correlación entre lugar de trabajo y actividad laboral.* - Con el cruce de la información de las variables lugar y trabajo y tipo de actividad del segundo empleo, encontramos que:

- En la generación de 1950 existe correlación entre el empleo en consultorios privados y servicios médicos asistenciales con la actividad del médico especialista. En cambio, se da una mediana correlación entre el empleo en las instituciones de seguridad social y la actividad del médico general.

- En la generación de 1960 hay correlación entre los diversos empleos y la actividad del especialista.

- En la de 1970 también existe correlación entre los diversos empleos y la actividad del especialista.

- En la generación de 1980 aparecen algunas variantes: el empleo de los consultorios privados guarda mayor correlación del médico general que con la del especialista. A su vez, se da una mediana correlación entre el empleo en clínicas y hospitales privados y en los servicios médicos asistenciales con la actividad del médico general.

A diferencia del primer empleo, en éste hay una fuerte correlación entre los diversos tipos de empleo y la actividad del médico especialista. Cabe mencionar que el mayor nivel de correlación entre estas dos variables, se da en los egresados de las generaciones de 1960 y 1970. Esta relación cambia en la generación de 1980, ya que el empleo se liga más con la actividad del médico general. Esto tiene que ver con la restricción del ingreso a los programas de especialización, a la creación de servicios de tercer nivel por parte de organismos de asistencia pública y al estrechamiento del mercado de trabajo médico, sobre todo en el segmento representado por las instituciones de seguridad social.

Tercer Empleo

a) *Lugar de trabajo.* - En el tercer empleo observamos cómo va disminuyendo una de las características más sobresalientes del empleo médico: la ubicación simultánea en dos o más empleos. En el número de médicos entrevistados no aparece cerca de un 30% del total de la muestra, hecho que se acentúa más en los casos correspondientes a los egresados de 1970 y 1980. En lo que atañe a los médicos que sí reportan un tercer empleo, encontramos que las instituciones de seguridad social, los consultorios privados y los servicios médicos asistenciales se constituyen en los principales empleadores, como veremos en seguida.

En el cuadro número 6 podemos ver que el 50% de los egresados en 1950 trabajan en los servicios asistenciales, el 37.5% en instituciones de educación superior y el 12.5% en consultorios privados. Por su parte, los egresados en 1960 se concentran mayormente en instituciones de seguridad social (60.0%), mientras el resto se distribuye en consultorios privados, clínicas y hospitales particulares, universidades y servicios médicos asistenciales.

En la generación que egresa en 1970, el 44.4% labora en instituciones de seguridad social, el 22.2% en consultorios privados y los demás se distribuyen en clínicas y hospitales particulares, servicios médicos asistenciales y universidades. En cambio, para los egresados en 1980 los servicios médicos asistenciales se convierten en el principal ámbito de trabajo (34.8%), en seguida aparecen los consultorios privados con 28.9% y después las clínicas y hospitales privados con 13.2%.

Esta información muestra cómo va disminuyendo el peso que tienen las instituciones de seguridad social en el empleo de los médicos y cómo los servicios médicos asistenciales, la instalación de consultorios privados y el trabajo en clínicas y hospitales privados van adquiriendo mayor importancia. Lo sobresaliente, en este caso, no es la concentración en uno u otro espacio, sino su mayor diversificación en varios espacios laborales.

b) *Actividad desempeñada.* - En el cuadro número 7 podemos ver que el 50.0% de los egresados en 1950 trabajan como docentes en su tercer empleo, el 12.5% como médico general, el 12.5% como médico especialista, el 12.5% como director de clínicas y hospitales y el 12.5% restante como jefe de servicios y/o coordinador de área. En la generación que egresa en 1960, en contraste, el 53.3% ejerce como médico especialista, el 13.3% como jefe de servicio y/o coordinador de área, el 6.7% como médico general y el 6.7% como docente.

En la generación de 1970, el 66.7% trabaja como médico especialista, el 11.1% como director de clínicas y hospitales, el 5.6% como médico general, el 5.6% como docente y el 5.6% como jefe de servicio y/o coordinador de área. Por su parte, el 50.0% de los egresados en 1980 trabaja como médico especialista, el 23.7% como jefe de servicio y/o coordinador de área y el 7.9% como director de clínicas y hospitales.

Lo anterior revela que la actividad del médico especialista sigue predominando dentro del conjunto de actividades laborales desempeñadas por los médicos, aunque vemos también cómo se va dando una mayor diversificación de las mismas. En particular, encontramos una reactivación de la práctica del médico general y una mayor recurrencia de actividades relacionadas con la dirección de clínicas y hospitales, con la docencia y jefaturas de servicio o coordinación de área.

c) *Correlación entre lugar de trabajo y actividad laboral.* - La apreciación anterior se reafirma con el cruce entre el lugar de trabajo y el tipo de actividad laboral del tercer empleo, donde encontramos que:

- En la generación de 1950 más que correlaciones específicas, hay una fuerte dispersión debido a la mayor diversificación de actividades.

- En la generación de 1960 hay una fuerte correlación entre los diversos tipos de empleo con la actividad del médico especialista, con la excepción de los consultorios particulares.

- En la de 1970 existe una correlación entre todos los empleos y la actividad del médico especialista.

- En la generación de 1980 el empleo en consultorios particulares y en instituciones de seguridad social está fuertemente correlacionado con la actividad del médico especialista. En cambio, el empleo en clínicas y hospitales privados y en los servicios médicos asistenciales tiene poca correlación con la actividad del especialista.

Estos datos permiten ver que hay una fuerte correlación entre la mayoría de los lugares de trabajo y el médico especialista; relación que se altera un poco en la generación de 1980, donde el empleo en clínicas y hospitales privados y los servicios médicos asistenciales se asocia más con la actividad del médico general.

Conclusiones

La información procesada en este trabajo permite confirmar que la creación de instituciones de seguridad social en Jalisco, incide sensiblemente en la trayectoria laboral de los médicos. Hecho que, sin embargo, no se da de manera uniforme a lo largo de las generaciones estudiadas. Las tres primeras generaciones -1944-1950, 1954-1960 y 1964-1970- sí logran beneficiarse de la bonanza que experimenta la seguridad social, mientras que la de 1974-1980 ya no se ve tan favorecida por este ámbito laboral.

El empleo médico también se ve modificado por la emergencia de nuevos espacios de trabajo relacionados principalmente con instituciones de asistencia social, hospitales y clínicas privadas y universidades; su impacto se hace evidente hasta los años ochenta cuando disminuye el empleo en la seguridad social. Así, si el mercado de trabajo médico de los años sesenta y setenta se caracteriza por el predominio de un segmento laboral determinado, las décadas siguientes se distinguen por una diversidad de empleos, donde prevalecen aquéllos que son considerados de menor prestigio social.

Estos hechos también traen consigo cambios en la práctica médica. Con la aparición de nuevas instituciones públi-

cas de salud, sobre todo de seguridad social, la actividad del médico general va siendo desplazada por la actividad del médico especialista. Esta tendencia predomina hasta la actualidad, aunque en la última generación vuelve a reactivarse la práctica del médico general. Esto último tiene su origen no sólo en la ampliación del número de consultorios particulares y el trabajo de consulta general proporcionado por instituciones de asistencia pública, sino también en las mayores dificultades que afrontan los egresados de la carrera de medicina para realizar estudios de especialidad. Junto a estas dos actividades centrales, aparecen otras relacionadas con la docencia y los diversos puestos jerárquicos creados en las instituciones de salud, aspecto que revela una mayor diversidad en el tipo de actividades desarrolladas por los médicos.

No sobra decir que la práctica médica privada es un tipo de actividad laboral que tiende a jerarquizarse, ya que en un extremo encontramos la práctica que ejercen especialistas que gozan de reconocido prestigio profesional, y en otro localizamos una práctica de sobrevivencia. Su impacto se hace evidente cuando disminuye el empleo en la seguridad social, ya que el mercado de trabajo deja de caracterizarse por el predominio de un segmento determinado y pasa a distinguirse más por una diversidad de ocupaciones laborales.

Podemos concluir que con el arribo de políticas económicas que reducen la expansión del Estado de Bienestar, las instituciones de seguridad social dejan de ser los principales empleadores de los médicos, para compartir su importancia con otras de menor prestigio como los servicios médicos asistenciales y los consultorios particulares.

Cuadro 1: Empleo de los médicos

Generación	Empleos simultáneos	Una sola institución	Un solo empleo	No trabaja como médico	Total
1944-1950	9 90.0%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	10
1954-1960	15 88.2%	2 11.7%	0 0.0%	0 0.0%	17
1964-1970	13 50.0%	10 38.5%	3 11.5%	0 0.0%	26
1974-1980	36 63.1%	11 19.3%	5 8.8%	5 8.8%	57
Total	73	23	9	5	110

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Cuadro 2: Ubicación del primer empleo

Generación	Consultorio Particular	Servicios Médicos Asistenciales	Seguridad Social	Universiades	Otros	Total
1944-1950	5 50.0%	2 20.0%	3 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	10
1954-1960	9 52.9%	2 11.8%	5 29.4%	0 0.0%	1 5.9%	17
1964-1970	7 26.9%	1 3.8%	14 53.8%	3 11.5%	1 3.8%	26
1974-1980	13 25.0%	14 26.9%	13 25.0%	2 3.8%	10 19.2%	52
Total	34 32.4%	19 18.1%	35 33.3%	5 4.8%	12 11.4%	105

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Cuadro 3: Actividades laborales en el primer empleo

Generación	Médico General	Médico Especialista	Docencia	Director de clínicas y hospitales	Otros	Total
1944-1950	6 60.0%	3 30.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	10
1954-1960	9 52.9%	8 47.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	17
1964-1970	10 38.5%	11 42.3%	3 11.5%	0 0.0%	2 7.7%	26
1974-1980	32 61.5%	13 25.0%	3 5.8%	3 5.8%	1 1.9%	52
Total	57 54.3%	35 33.3%	7 6.7%	3 2.8%	3 2.8%	105

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Cuadro 4: Ubicación del segundo empleo

Generación	Consultorio privado	Laboratorio	Prop.de farmacias	Servicios médicos asistenciales	Seguridad Social	Instde eduesup.	Otros	Total
1944-1950	2 22.2%	1 11.1%	1 11.1%	1 11.1%	2 22.2%	1 11.1%	1 11.1%	8
1954-1960	5 29.4%	0 0.0%	0 0.0%	5 29.4%	5 29.4%	1 5.9%	1 5.9%	17
1964-1970	8 34.8%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	11 47.8%	3 13.0%	0 0.0%	23
1974-1980	6 12.8%	0 0.0%	3 6.4%	18 38.2%	11 23.4%	4 8.5%	5 10.6%	47
Total	21 21.9%	2 2.1%	4 4.2%	23 23.9%	26 27.1%	9 9.4%	11 11.4%	96

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Cuadro 5: Actividades laborales en el segundo empleo

Generación	Médico General	Médico Especialista	Docencia	Director de clínicas y hospitales	Jefe de servicio o coord. de área	Otros	Total
1944-1950	1 11.1%	4 44.4%	1 11.1%	1 11.1%	0 0.0%	2 22.2%	9
1954-1960	1 5.9%	13 76.5%	1 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	2 11.8%	17
1964-1970	1 4.3%	15 65.2%	3 13.0%	2 8.7%	2 8.7%	0 0.0%	23
1974-1980	17 36.2%	17 36.2%	4 8.5%	1 2.1%	5 10.6%	1 2.1%	47
Total	20 20.8%	49 51.0%	9 9.4%	4 4.1%	7 7.3%	5 5.2%	96

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Cuadro 6: Ubicación del tercer empleo

Generación	Consultorio Privado	Clínicas y hospitales privados	Servicios médicos asistenciales	Seguridad social	Universidades	Otros	Total
1944-1950	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	4 50.0%	3 37.3%	0 0.0%	8
1954-1960	1 6.7%	1 6.7%	2 13.4%	9 60.3%	1 6.7%	1 6.7%	15
1964-1970	4 22.2%	2 11.1%	2 11.1%	8 44.4%	1 5.6%	1 5.6%	18
1975-1980	11 28.9%	5 13.2%	13 34.8%	6 15.8%	1 2.6%	2 5.3%	38
Total	17 21.5%	8 10.1%	17 21.5%	27 34.2%	6 7.6%	4 5.1%	79

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Cuadro 7: Actividades desempeñadas en el tercer empleo

Generación	Médico General	Médico Especialista	Docencia	Director de clínicas y hospitales	Jefe de servicio o coord. de área	Otros	Total
1944-1950	1 12.5%	1 12.5%	4 50.0%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%	8
1954-1960	1 6.7%	8 53.3%	1 6.7%	1 6.7%	2 13.3%	2 13.3%	15
1964-1970	1 5.6%	12 66.7%	1 5.6%	2 11.1%	1 5.6%	1 5.6%	18
1974-1980	9 23.7%	19 50.0%	1 2.6%	3 7.9%	5 13.2%	1 2.6%	38
Total	12	40	7	7	9	4	79

Fuente: Encuesta aplicada a egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, 1996.

Próximo número

J ESTUDIOS ALISCIENSES

43

Introducción

Celina Guadalupe Becerra Jiménez

José María Muría

La jurisdicción de Lagos

El autor da cuenta de las vicisitudes políticas y territoriales por las que ha atravesado ese municipio jalisciense desde su fundación hasta la primera mitad del siglo XX.

Palabras clave: Jalisco, Lagos, Política, Territorialidad

Sergio López Mena

Arte y cultura en Lagos

En este trabajo se resaltan las actividades artísticas y culturales que han desarrollado los habitantes de Lagos de Moreno, ganando para este municipio un lugar muy significativo en la cultura nacional.

Palabras clave: Jalisco, Lagos, Arte, Cultura

Jaime Olveda

Entre el estado del Centro y el estado de Moreno

Se analizan los movimientos que se organizaron en Lagos de Moreno para convertir a este cantón en un estado más de la República Mexicana.

Palabras clave: Lagos, Estado, Política, Territorialidad

Andrés Fábregas Puig

Lagos de Moreno en 1973

El autor describe la ciudad de Lagos de Moreno, sus dimensiones demográficas, sus fiestas, la incipiente industria de aquellos años, los alrededores y la influencia que esta primera experiencia significó para la formación del autor como antropólogo.

Palabras clave: Jalisco, Lagos, Antropología

José Luis Martínez

Memoria de Alfonso de Alba

El autor ofrece una semblanza de Alfonso de Alba Martín, laguense que se distinguió por sus actividades literarias, culturales y políticas

Palabras clave: Jalisco, Lagos, Literatura