

Historia del
Hospital Juárez
de México 1847-2010



Dr. José Adrián Rojas Dosal
Dr. Carlos Viesca Treviño
Dr. Octavio Rivero Serrano



Facultad de Medicina



RA984
.M6.
R65
2013

Rojas Dosal, José Adrián, autor.
Historia del Hospital Juárez de México 1847-2010 / Dr. José Adrián Rojas Dosal, Dr. Carlos Viesca Treviño,
Dr. Octavio Rivero Serrano. --1a. edición.
216 páginas: ilustraciones
ISBN 978-607-02-4294-6

1. Hospital Juárez (México)--Historia. I. Viesca Treviño, Carlos, autor. II. Rivero Serrano, Octavio, autor. III. Título

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F.
1a. Edición. 22 de Mayo de 2013
ISBN 978-607-02-4294-6

Coordinación general:

Dr. José Adrián Rojas Dosal
Dr. Carlos Viesca Treviño
Dr. Octavio Rivero Serrano

Edición, formación y producción:

Comarketing Editorial, S.A. de C.V.

Cuidado de la edición:

Lic. Fernando Arreola Coria

Diseño:

Lic. Marissa Elías Morales

Formación:

Lic. Tania Mac Kinney Cortés

Responsable de la edición:

Lic. María del Rosario Gutiérrez Razo

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

Impreso en México // *Printed in Mexico*

Portada: Fachada del Hospital Juárez

Presentación

Contar y analizar la historia es vital para conocernos, para identificarnos como miembros de esta gran nación que es México. Hacer y conocer nuestra historia fortalece nuestros vínculos y nuestro orgullo, estudiar el pasado nos brinda la oportunidad de mejorar nuestro presente y buscar un mejor futuro, de lo contrario la historia no es indispensable.

La obra *Historia del Hospital Juárez de México. 1847-2010*, más que un libro, es una travesía hacia los cimientos mismos de una de las instituciones más emblemáticas y nobles en la construcción de nuestro Sistema Nacional de Salud y un referente obligado para entender la evolución de la medicina nacional. Es indiscutible el papel que esta institución de salud ha tenido para nuestro país en el plano político, social y en la prestación de servicios de salud, particularmente para la población más desprotegida y vulnerable, transitando por diversas etapas de auge y crisis que han definido su arquitectura, misión y aportación social a lo largo de sus 160 años de existencia.

Surgido en medio de las turbulencias políticas y militares del siglo XIX, el Hospital Juárez de México nace con una fuerte vocación para el cuidado y la atención de heridos y traumatizados, desde un principio quirúrgica, campo en el que sus cirujanos generaron avances e innovaciones, que para su momento eran relevantes y que fueron aportaciones mexicanas al mundo de la medicina. También fue el lugar donde por primera vez, en nuestro país, se practicaron algunos procedimientos novedosos terapéuticos y de diagnóstico, como por ejemplo la realización de la primera radiografía con fines diagnósticos, el funcionamiento de un banco de sangre y un banco de huesos y tejidos. Gracias a este legado, es considerado cuna de la cirugía en México.

Sería muy larga la lista de los cirujanos, de los médicos que han pasado por sus salas y sus quirófanos, de los miles de personas y líderes que con sus sueños visionarios y su trabajo dejaron una profunda huella, expresada en innumerables triunfos y en la recuperación de la salud de sus enfermos; pero cómo no mencionar, con el consabido riesgo de omitir a muchos, a las Hermanas de la Caridad dirigidas por sor Micaela Ayans y el ilustre médico Ladislao de la Pascua, a quienes debemos el inicio de este gran Hospital.

Cómo no recordar y reconocer que esta institución es muestra evidente de la fuerza de voluntad de miles de mexicanos, que crece ante la adversidad; así se demostró, una vez más, después de los sismos de 1985, donde resurge renovado y con mayores impulsos y ambiciones, como nuevo Hospital Juárez de México en el norte de la ciudad. Emerge como un reconocimiento palpable para todos aquellos que perdieron la vida, como pacientes, como familiares, como trabajadores, médicos y estudiantes en este acontecimiento catastrófico.

Hoy el Hospital Juárez de México es reconocido por ser pionero en trasplante renal de donador vivo y en la procuración de donador cadavérico, así como por realizar cirugías de gran complejidad y novedosos procedimientos terapéuticos y de diagnóstico.

Se distingue además por continuar su activa participación como centro de enseñanza de excelencia, que contribuye en la formación de profesionales de la salud, tanto en sus instalaciones como en las escuelas de enfermería y medicina de las principales instituciones académicas, públicas y privadas del país. Es y ha sido gran semillero de excelentes generaciones de médicos en más de 50 especialidades, de entre las que destaca la cirugía de urgencia, siempre sobre la base de profundos valores éticos y humanistas y con una sólida mística de servicio.

Otro hecho que nos confirma la activa participación que ha tenido esta prestigiada institución en la historia de la salud mexicana, es su influencia en la creación de diversas sociedades médicas y científicas, así como en las contribuciones de sus docentes y trabajadores en la investigación de alta especialidad en los ramos de su competencia.

Actualmente, el Hospital Juárez de México se encuentra en una etapa de consolidación, fortaleciendo su misión de enseñanza, de investigación y prestación de servicios de salud como hospital de referencia para la solución de problemas quirúrgicos o médicos complejos a nivel nacional. Ya son muchas las personas que han recibido los beneficios que esta institución ha prodigado sin descanso, en primer lugar a los enfermos y sus familiares, que siempre han sido su prioridad y que acuden de todas las latitudes del país en busca de la recuperación de su salud, y en segundo lugar, los profesionales de la salud que se han formado en su seno, y que con su valioso trabajo diario enaltecen al Hospital y le permiten contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud del pueblo mexicano.

Es sin duda alguna un icono de nuestro Sistema Nacional de Salud que cuenta no solo con reconocimiento a nivel nacional, sino internacional.

Me siento muy honrada y agradezco al Seminario sobre Medicina y Salud, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad de presentar este libro ***Historia del Hospital Juárez de México. 1847-2010*** y hacerme partícipe de tan valioso documento histórico. Un esfuerzo que reúne en la coordinación y autorías a seis reconocidos, apasionados y estudiosos de la medicina y su historia.

Invito ampliamente a su lectura, que estoy segura resultará muy interesante e informativa para los profesionales no solo de las ciencias médico-sociales, sino para todos aquellos lectores ávidos de conocer de forma amena y sencilla, nuestra historia, a través de una de las más nobles instituciones mexicanas que es el Hospital Juárez de México.

Doctora Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Prólogo

El libro *Historia del Hospital Juárez de México. 1847-2010* cumple con uno de los propósitos del Seminario sobre Medicina y Salud, que tuvo su antecedente en el Seminario Ejercicio Actual de la Medicina, limitado al análisis de los pormenores de la práctica de esa disciplina en los tiempos actuales.

Al cambiar de nombre, también modificó su estructura jurídica dentro de la Universidad, ahora depende de la Secretaría de Desarrollo Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y cuenta con presupuesto propio, aunque mantiene una estrecha relación con la Facultad de Medicina, incluso sus oficinas se encuentran en uno de sus edificios. Principalmente cambió en la amplitud de sus objetivos, ya que no sólo se limita al análisis del ejercicio de la medicina, sino que aborda aspectos éticos, de investigación y de historia de la misma en México y en el mundo.

El libro que hoy se presenta es una cuidadosa recopilación de la vida de uno de los más emblemáticos hospitales de nuestra nación. La obra va más allá de este cometido, debido a la importancia que tiene esta institución en la existencia de la ciudad de México y de todo el país. En sus relatos se refleja la historia misma de este último y, en evocadoras ilustraciones, se aprecian distintos aspectos de la vida en la ciudad.

Nos lleva desde la imagen del original Convento de San Pablo (uno de los primeros fundados en el inicio de la época virreinal), de la llamada Casa del Judío de ese barrio, hasta las terribles imágenes del Hospital Juárez destruido por el sismo de 1985 y la nueva perspectiva de su modernidad.

También hay fotografías de médicos fundamentales en la evolución de la medicina en México. Los retratos de Ladislao de la Pascua, fundador del Hospital, y de ilustres miembros del mismo, como Miguel Francisco Jiménez, Rafael Lucio Nájera y Gabino Barreda, recuerdan toda una época; los de Gustavo Baz Prada, Clemente Robles Castillo y Fernando Ortiz Monasterio, una más reciente, pero todos grandes de la medicina mexicana.

Conmueve el retrato del doctor Gilberto Lozano Saldívar, quien murió dentro del Hospital durante el sismo de 1985.

Cabe señalar que José Adrián Rojas Dosal, quien fue su director en la era moderna, hizo grandes aportaciones al texto, tanto al conocimiento del Hospital como a la historia de la medicina mexicana, y Carlos Viesca Treviño seleccionó a los colaboradores que abordaron la historia de la medicina en México; con ello, lograron que la obra sea un reflejo fiel de los acontecimientos de la medicina mexicana y el Hospital Juárez es digno representante y merecedor de esta obra.

Esperamos que todos los médicos mexicanos la disfruten, principalmente aquellos que en su formación o en su ejercicio profesional han estado ligados a este Hospital.

Doctor Octavio Rivero Serrano

Director del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

Introducción

El Hospital Juárez de México es, en la actualidad, uno de los hospitales federales de referencia que proporciona atención médica a la población en todas las especialidades, mantiene programas de educación médica de pregrado y posgrado para la formación de médicos y especialistas en las diversas disciplinas médicas y quirúrgicas, y realiza investigación en campos específicos. Posiblemente estas atribuciones no lo hagan diferente a los otros hospitales con los cuales comparte esta definición; sin embargo, el Hospital Juárez de México tiene una gran trayectoria de más de 160 años, llena de altibajos, en los que destacan hechos verdaderamente asombrosos, donde la enjundia y dedicación de sus integrantes lograron su sobrevivencia y posicionamiento como un gran hospital. La historia y experiencia adquiridos en este recorrido, iniciado en agosto de 1847, es lo que lo hace diferente y es lo que se ha plasmado en este libro.

De manera general, podemos distinguir tres grandes etapas en su historia. La primera, desde su fundación y posicionamiento como cuna de la cirugía en México, entre mediados del siglo XIX y principios del XX; la segunda, en la época del México posrevolucionario hasta 1985 —no exenta de vicisitudes—, y finalmente, la tercera, que inicia en 1989, con el mismo espíritu e historia, en dos sedes, el nuevo Hospital Juárez de México y el Hospital Juárez del Centro. Estas tres etapas están marcadas por la creatividad en las disciplinas quirúrgicas, por la atención a la población con menos recursos y por el impulso a la enseñanza de la medicina, así como también por fuertes vaivenes en la organización hospitalaria que no estuvo exenta de conflictos.

En 1847, con la invasión norteamericana, hubo la apremiante necesidad de atender a los heridos de los campos de batalla de Padierna, de Churubusco y de Chapultepec lo que obligó a la improvisación de un hospital de sangre habilitado en el Colegio de los Agustinos de San Pablo, atendido por las Hermanas de la Caridad. En 1872, al morir el presidente Benito Juárez, a iniciativa del regidor José Urbano Fonseca y como un primer acto de reconocimiento al Benemérito, el Hospital cambió su nombre de San Pablo a Hospital Juárez.

En el siglo XIX, marcado por sus orígenes en la atención de los heridos producidos por las invasiones americana y francesa, el Hospital continuó prestando servicios después del periodo de guerras, atendiendo a pacientes traumatizados, presos y burócratas del ayuntamiento de la ciudad de México. Pasó severas penurias y en él se registraron los primeros conflictos de médicos en formación, debido a las muy malas condiciones en que se encontraba el Hospital. En la época porfirista se intentó remodelarlo a profundidad pero desafortunadamente no fue así, lo que derivó, entre otras razones, en la construcción del Hospital General, debido a que el antiguo Hospital Juárez no tenía las condiciones físicas para una atención médica moderna porque era como el Hospital de San Andrés, una instalación arquitectónicamente no

idónea, vieja y deteriorada; sin embargo, pesaron en aquel momento otros factores políticos y se mantuvo en funcionamiento a pesar de todas sus precariedades.

El Hospital funcionó durante cerca de 140 años en el centro de la ciudad de México. En ese lapso vivió tiempos de aparente estabilidad y sosiego a la par de dificultades para su operación. Algunos hechos importantes en las primeras décadas del siglo XX fue el surgimiento de su sociedad médica, que entre otras atribuciones, también actuaba como órgano de consulta de la dirección. Otro hecho sobresaliente fue la creación del evento científico de más interés y atracción para la comunidad médica y quirúrgica, las Asambleas Nacionales de Cirujanos además de otras que se incorporaron al calendario de la salud como el Día de la Enfermera. En 1947, al celebrarse 100 años de su existencia, se consignaron con detalle los logros y penurias que había vivido el Hospital, mediante una publicación promovida por la dirección general.

El sismo de 1985 afectó la mayor parte de su infraestructura, con la dramática caída de la torre de hospitalización, por lo que se tuvieron que abandonar las instalaciones originales, en las que quedaron marcadas vidas e historias ante el fallecimiento de innumerables y distinguidos trabajadores de la salud; de manera paradójica, ocurrió el renacimiento de los “niños del terremoto”, que portentosamente sobrevivieron entre los escombros.

En 1989 se completó la obra de un nuevo hospital, ahora llamado Hospital Juárez de México en la zona norte del Distrito Federal, en el cual en su diseño arquitectónico y en su equipamiento se consideraron los estándares de un hospital moderno. A la par, las instalaciones del antiguo Hospital Juárez, ahora denominado “del Centro”, continuaron funcionando en forma modesta, desde la perspectiva de la atención médica y aunque en diversos momentos se hicieron intentos para cerrarlo estos no fructificaron; finalmente fue remodelado de manera más digna y propia de su historia, poniéndose en funcionamiento en septiembre de 2010. Entonces estamos ante una misma tradición médica en dos sedes, que al paso del tiempo están tomando sus propios caminos.

El Hospital Juárez de México ha centrado su vocación en la medicina de especialidad y de alta especialidad, pero también ante la falta de infraestructura para la atención primaria brinda servicios de medicina general y de primer contacto a través de la preconsulta de especialidad. La dinámica de crecimiento poblacional, la transición epidemiológica, la débil construcción de infraestructura en salud en los estados circundantes y un anquilosado largo periodo directivo, en el que se deterioraron instalaciones y relaciones al interior del Hospital, hicieron crisis en 2003 con un paro de médicos residentes, apoyado por una parte importante de la comunidad hospitalaria.

A partir de entonces el Hospital ha recuperado estabilidad que le presentan nuevos retos, como mejorar la organización hospitalaria con esquemas de gestión más acordes con las necesidades de los pacientes, la transición generacional de un importante número de médicos y enfermeras, y la formación e incorporación de nuevos cuadros, así como la necesidad de impulsar mecanismos que hagan viable financieramente al Hospital, sin perder en momento alguno su sentido social y el objetivo de su existencia: la atención médica, la enseñanza y la investigación.

Esta historia del Hospital Juárez de México debe estar dedicada a todos los que han participado desde sus inicios en la creación de esta gran institución, con su trabajo, con su pasión, con su cariño y que siempre soñaron con verla crecer y alcanzar el sitio en el que ahora se encuentra. El horizonte es amplio y envidiable para el Hospital Juárez de México, se tiene y con mucha razón, un acendrado sentido de orgullo de pertenecer a él y a su historia, porque el esfuerzo de muchos ha fructificado. Estoy seguro que este libro hará que la obra de los iniciadores y de todos los que han participado, se prolongue y se magnifique con el tiempo.

Doctor José Adrián Rojas Dosal
Director General de 2005 a 2010

Contenido

Colaboradores XIII

Capítulo 1

La sede del Hospital de San Pablo

Xóchitl Martínez Barbosa. 1

Capítulo 2

Fundación del Hospital de San Pablo

Del Hospital Municipal de San Pablo al Hospital Juárez, 1847-1872

José Manuel Sanfilippo Borrás. 9

Capítulo 3

El Hospital Juárez

1872-1890

Alba Dolores Morales Cosme. 25

Capítulo 4

El Hospital Juárez en el cambio de siglo

1891-1911

Sandra Martínez Ortiz. 51

Capítulo 5

El Hospital Juárez durante la Revolución

1911-1917

Sandra Martínez Ortiz y Carlos Viesca Treviño. 81

Capítulo 6

El Hospital Juárez

La reconstrucción, 1917-1946

Carlos Viesca Treviño. 91

Capítulo 7

El Hospital Juárez cumple 100 años

Carlos Viesca Treviño. 107

Capítulo 8

El Hospital Juárez

Al fin Hospital General, 1948-1960

Carlos Viesca Treviño. 115

Capítulo 9

La historia reciente: tiempo de contrastes

Hugo Brown Dalley y Carlos Viesca Treviño. 125

Capítulo 10

El terremoto de 1985 y sus secuelas

Sandra Martínez Ortiz. 143

Capítulo 11

El Hospital Juárez de México

Sus nuevas instalaciones, 1989-2005

Carlos Viesca Treviño. 155

Capítulo 12

La gestión del doctor José Adrián Rojas Dosal

2005-2010

Carlos Viesca Treviño. 167

Directores del Hospital Juárez de México 191

Agradecimientos generales. 193

Fuentes consultadas. 195

Colaboradores

Hugo Brown Dalley

Periodista y Editor de revistas científicas

María del Rosario Gutiérrez Razo

Licenciada

Coordinadora Editorial

Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

Xóchitl Martínez Barbosa

Historiadora

Maestra en Historia

Departamento de Historia y Filosofía, Facultad de Medicina, UNAM

Sandra Martínez Ortiz

Historiadora

Departamento de Historia y Filosofía, Facultad de Medicina, UNAM

Alba Dolores Morales Cosme

Historiadora

Doctora en Historia de la Ciencia

Departamento de Historia y Filosofía, Facultad de Medicina, UNAM

Octavio Rivero Serrano

Ex Rector, UNAM

Ex Director de la Facultad de Medicina, UNAM

Profesor Emérito

Director del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

José Adrián Rojas Dosal

Médico Oftalmólogo

Miembro del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

José Manuel Sanfilippo Borrás

Odontólogo

Responsable de Historia de las Ciencias de la Salud en el Programa de Maestrías y

Doctorados en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM

Carlos Viesca Treviño

Médico, Cirujano General, Doctor en Historia de la Ciencia

Departamento de Historia y Filosofía, Facultad de Medicina, UNAM

Responsable en el área de Humanidades en Salud en el Programa de Maestrías y Doctorados en Ciencias

Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM

Miembro del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

La sede del Hospital de San Pablo

Xóchitl Martínez Barbosa

Durante la época colonial los hospitales fueron instalados en edificios que, en su mayoría, habían sido construidos para otros fines, lo mismo pasó con el Hospital de San Pablo en el México independiente, a fines de la primera mitad del siglo XIX, nombre con el que se le conoció de inicio, debido al lugar en el que fue establecido: la iglesia y Colegio de San Pablo.

El Colegio Agustino de San Pablo

La Iglesia de San Pablo tiene su origen desde muy tempranas fechas, en el siglo XVI, fue una de las primeras cuatro iglesias establecidas por Fray Pedro de Gante que en sus inicios (1569) estuvo a cargo de los franciscanos, con el nombre de Parroquia de Indios de San Pablo (Velasco Ceballos: 6-7).



Iglesia y convento de San Pablo

Posteriormente, en manos del arzobispo, por real cédula de 1575 la Parroquia fue concedida a los religiosos de San Agustín, cuya fundación se le atribuye a don Fray Alonso de la Veracruz como provincial de los agustinos. En Tiripetío, Michoacán, estableció, hacia 1536, la primera Casa de Estudios Mayores de la Nueva España, sitio elegido por la tranquilidad que se requería para el estudio, la enseñanza y la reflexión, y para que los naturales del lugar se beneficiaran. Fray Alonso formó las constituciones para este Colegio, mismas que sirvieron de modelo para el de San Pablo, con la diferencia de que, el ubicado en Michoacán, se distinguía por ser un “centro interracial” donde junto con los novicios agustinos estudiaban indios no seminaristas, y en cambio, el de San Pablo estuvo únicamente dedicado a los alumnos de la misma orden religiosa. Ahí se impartieron cátedras de artes y de teología (Chávez: 31-33).



Fray Alonso de la Veracruz, fundador de las primeras bibliotecas en el Nuevo Mundo, fue la figura más importante de la filosofía en México durante el siglo XVI

Los religiosos de San Agustín construyeron, a base de limosnas, la casa que los albergaría en San Pablo. En 1582, se tramitaron los permisos correspondientes para la construcción del edificio definitivo del Colegio. El Provincial compró todos los solares de los alrededores para la huerta y para hacer más viviendas (Jaramillo: 11). Tuvo cupo para alojar a veinte personas, “que se ocupaban en leer y para estudiar teología, aprender idiomas y administrar a los indígenas” (Rivera Cambas: 178). Más adelante, la iglesia original se demolió para construir otra de mayor tamaño.

El cronista de la ciudad de México, Manuel Rivera Cambas, escribió que ese colegio fue el más importante que tuvieron los agustinos en el territorio novohispano durante todo el periodo colonial, tenía huerta, terreno para recreación y grandes oficinas. Destacó como una máxima institución académica.

Fray Pedro Agurto, lector de Teología, fue el primer Rector del Colegio de San Pablo; por cierto, también fue el fraile criollo agustino más destacado de la época y su biblioteca fue de las más importantes provista por Fray Alonso de la Veracruz, considerado el fundador de las primeras bibliotecas en el Nuevo Mundo. Al llegar a Veracruz en 1532, y más tarde en 1572, Fray Alonso trajo de España “sesenta cajones” de libros, además de otros que llegaron después, con los que formó las bibliotecas de Tiripetío, Tacámbaro y la del Colegio de San Pablo. Se decía que “cuando de Europa venía algún libro nuevo {Fray Alonso}, comentaba a sus discípulos las doctrinas notables y dignas de consideración [...] o bien los argumentos, cuestiones de oposición o dificultades que contenía aquel libro” (Beuchot: 14).

Además de proveer a las bibliotecas de libros, en el caso de la del Colegio de San Pablo, la enriqueció “con mapas, esferas celestes y terrestres astrolabios, orologías, planisferios y todos los mejores instrumentos que se usaban en las artes liberales” (Rivera Cambas: 178-179).

De acuerdo con la idea del fundador del Colegio de San Pablo, en él no estudiaron todos los agustinos, sino sólo los de “mayores luces”, pues existían otros conventos donde se enseñaban la filosofía y la teología. Este colegio funcionó durante toda la época colonial, y estuvo en operaciones hasta 1860 cuando es

nombrado el último rector (Jaramillo: 14). Entonces, los estudiantes religiosos fueron exclaustrados. En 1861 la Iglesia fue desmantelada y el Municipio adquirió el edificio, que sirvió para ampliar el Hospital de San Pablo —que para entonces venía funcionando desde hacía más de diez años—, y así dar cabida a los enfermos de sífilis del clausurado Hospital de San Lázaro.

En cuanto al régimen interno del Colegio, el cronista agustino Juan de Grijalva relató la existencia de normas rígidas que obligaban a que los religiosos allí residentes, no sólo debían ocuparse de la contemplación, como todos los frailes, sino también del estudio. “Se debían observar, por tanto, la más estricta disciplina y rigor de la orden, tres días a la semana debían domar la carne con azotes, ayunos y silencio; siendo la comida y el vestido igual para todos.” El oficio divino se debía recitar con todas las normas del ritual en tres tiempos, por la mañana: prima, tercia, sexta y nona; hacia las dos de la tarde: vísperas y completas, y oscureciendo cantaban las antífonas de Nuestra Señora, la meditación, a la que seguían los maitines y los laudes; a juicio del rector, en las fiestas, estas dos partes del oficio se podrían rezar a media noche.

De igual manera, era recomendable que los superiores provinciales enviaran a este Colegio únicamente a los jóvenes de buenas costumbres y a los que consideraban bien dotados intelectualmente con amplio conocimiento de la lengua latina. Por lo mismo, el rector, el vicerrector y los lectores conformaban el tribunal encargado de juzgar si los alumnos tenían aptitudes para el estudio del latín, las artes y la teología (citado por Jaramillo: 11-12).

El método académico que se seguía en el Colegio establecía que, fuera de las horas dedicadas a las lecciones, los alumnos debían aprovechar el tiempo que les quedaba “libre” para discutir entre ellos mismos, tanto de arte como de teología; y además, los domingos y días festivos debían organizar las llamadas “conclusiones”, sustentadas por los mismos alumnos, a las que podían invitar a teólogos y alumnos de otras órdenes. Esta dinámica constituyó la razón por la cual se fundó y erigió el Colegio, y ante ello, el rector debía estar muy atento para que funcionara conforme a lo establecido (citado por Jaramillo: 11-12).



Reunión de alumnos religiosos



Plaza de toros de San Pablo



Casa del Judío, solar localizado en la calle del Cacahuatal, vecino al convento de San Pablo



Invasión de las tropas norteamericanas al puerto de Veracruz en 1874.
Litografía de Carl Nebel



Dr. Manuel
Andrade y Pastor



Dr. Pedro Vander Linden

Bajo obediencia y excomunión tenían prohibido, entre otras cosas, que algún colegial saliera a la calle, tampoco era permitida la entrada a casas de religiosos o seglares, exceptuando el Palacio Virreinal, cuando el hermano fuera llamado a éste, o bien a las escuelas, donde acudieran a escuchar lecciones o “conclusiones”.

Sin embargo, los colegiales de San Pablo tenían permitido asistir a las procesiones, a los sermones, a las bibliotecas, a las librerías y al convento de San Agustín en las fiestas, con la recomendación de regresar antes de las cinco de la tarde, ya que a las ocho de la noche se cerraba la portería, y únicamente después de esa hora podían salir quienes acudieran a emergencias pastorales. Por último, les encarecía el aprendizaje de alguna lengua indígena (Grijalva, citado por Jaramillo: 11-12).

Del Colegio al Hospital de Sangre

A principios del siglo XIX, en los solares adyacentes al Colegio, se construyó una de las primeras plazas de toros (Velasco Ceballos: 6-7), sobre la calle de Jesús María, en lo que después fueron los terrenos del Hospital de San Pablo.

En las cercanías se encontraba la “Casa del judío”, conocido solar localizado sobre la calle del Cacahuatal, que después formó parte del Hospital (Ezquerro: 8). Esta última era una vieja casa construida en el siglo XVII, donde vivió el judaizante don Tomás Treviño y Sobremonte, quemado vivo por la Inquisición. En 1625 se le celebró “Auto de Fe” en la Iglesia de Santo Domingo y en 1649 de nuevo se le realizó un juicio y fue condenado a la hoguera. Respecto a este acontecimiento, escribe Luis González Obregón: “el reo en su cabalgadura atravesó la plaza, los portales, las calles de Plateros y San Francisco, hasta llegar al quemadero, situado entre el convento de San Diego y la Alameda” (González Obregón: 65).

En el primer tercio de la centuria decimonona, el edificio agustino fue ocupado como cuartel; precisamente en el lugar donde sería instalado el hospital de sangre para atender a los heridos en la batalla de Padierna.

En el año de 1847, ante el avance de la invasión de las tropas norteamericanas, tras la toma de Veracruz, en la ciudad de México se empezaron a tomar las medidas necesarias para resistir el embate extranjero. La

autoridad municipal pidió apoyo al Consejo Superior de Salubridad —institución reguladora de los asuntos de salubridad pública creada en 1841—, así como a médicos, boticarios, clérigos y civiles, para que formaran hospitales y ayudaran en la atención de los heridos.

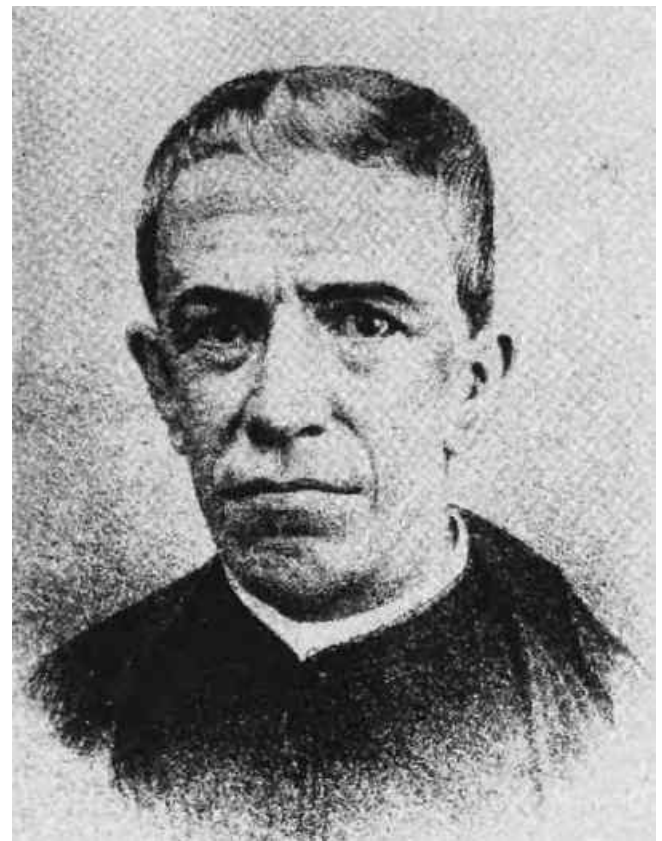
Desde el mes de julio del año de 1847 se instalaron hospitales de sangre, mismos que se ubicaron en el polvorín de San Antonio Abad y en la Plazuela de San Sebastián, y hacia el sur se instalaron otros en San Ángel y Churubusco. Estas acciones estuvieron coordinadas por los doctores Pedro Vander Linden —de origen belga—, y Manuel Andrade. Tanto profesores como estudiantes de la Escuela de Medicina fueron convocados para prestar sus servicios, las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, quienes habían arribado a México en 1841, gracias a la intermediación del doctor Andrade, entre otros personajes de la sociedad capitalina, fueron el principal apoyo para la asistencia de los heridos por la guerra (Vargas: 120-121).

A las condiciones de emergencia se sumó la necesidad de contar con un hospital para la atención de enfermos presos y libres que no tenían cabida en el único Hospital General de la capital, que era el de San Andrés, por el motivo muy conocido y relatado en las crónicas que tenía que ver con el adeudo que la corporación municipal tenía con dicha institución hospitalaria por no pagar las cuotas de la atención de soldados y presos convenida; sin embargo, los hospitales de San Juan de Dios y de Jesús sí recibían a estos enfermos.¹ Las comisiones del Ayuntamiento señalaban la importancia de este asunto, ya que las circunstancias de la guerra hacían pensar en la aproximación de una epidemia; para ello, proponían abrir un hospital en el edificio de San Hipólito y otro en el Colegio de San Pablo.

Con este propósito, el 11 de agosto de 1847 se pidió al *Estado Mayor del Ejército de Oriente, 3a sección*, poner a disposición del Ayuntamiento el local del Colegio de San Pablo destinado para hospital; esto se lo hicieron saber al prelado del Colegio de San Pablo, de modo que el local fue ocupado a los pocos días —el 16



Batalla de Churubusco, 1847. Litografía de la época



Dr. Ladislao de la Pascua y Martínez

¹ Hospital de San Pablo, Erección de un Hospital Municipal. Archivo Histórico del Distrito Federal (AHDF) Ayuntamiento, vol. 2310, exp. 1, f. 1.

de agosto—, y casi de inmediato empezó recibir a los heridos.²

El 1° de septiembre de 1847, Pedro Vander Linden, de quien ya hemos hablado líneas arriba y quien pertenecía, por aquel entonces, al llamado Consejo de Defensa, fue comisionado para reconocer las casas en las que se podría instalar un hospital de sangre de manera temporal, para lo cual se escogió la casa de la Plazuela de San Sebastián número 6, propiedad del señor Félix Guerrero, quien aceptó servir de esta forma. En cuanto a la ocupación de dicha casa, Vander Linden apuntaba lo siguiente: “En tal virtud el comandante general me ofició autorizándome ocupar dicha casa en la que existen ciento cincuenta heridos los que espero dentro de un mes serán reducidos a tan corto número que podrán ser trasladados al hospital”. Noticia que tenemos a la mano, gracias a que al llegarse el fin de mes de septiembre de 1847, Félix Guerrero reclamaba que ni siquiera se había llegado al acuerdo del pago de una renta “por lo apresurado de los sucesos”.³ Tomando en cuenta esta premura, dice don Félix: “yo me presté gustoso a hacer este pequeño servicio, porque resultaba en bien de la humanidad, y porque como es de justicia, esperaba que se me pagase el arrendamiento que correspondiera”.⁴ Esto ilustra, por un lado, la urgente necesidad de crear las condiciones mínimas para la atención de los heridos; y, por el otro, la situación con la que debieron enfrentarse los propietarios de inmuebles y solares que sin más recibían la orden superior para hacer uso de sus instalaciones.

Mientras tanto, las autoridades de la ciudad de México continuaban con los trámites para que se pudiera instalar debidamente el Hospital de San Pablo. De tal modo, el 7 de septiembre de 1847, la Comisión de hospitales del Ayuntamiento presentó un edicto que autorizaba la fundación, en el Colegio de San Pablo, del Hospital Municipal “que mediante un convenio racional con la comunidad de San Agustín, se consiga

para V.E. la propiedad de ese edificio:... 3o. Que se le autoriza para arreglar con la Escuela de Medicina y con las Hermanas de la Caridad la manera con que haya de ponerse en sus manos la dirección del nuevo Hospital...”.⁵

Entre los primeros médicos que atendieron a los heridos de las batallas de Padierna y Churubusco, se encuentran los nombres de Ladislao de la Pascua (1815-1891) y Guillermo Santamaría. Del primero de ellos es de quien se tiene más conocimiento y figura como el primer “director” del Hospital de San Pablo. Joven médico graduado en 1837, quien se distinguió por ocupar la cátedra de física en la Escuela de Medicina desde 1838 —la que pasó a ser física médica a partir de 1843—, curso que impartió hasta que fue parte del plan de estudios de la Escuela Nacional Preparatoria en 1867. Cabe señalar que apenas recibió su título, inició su carrera como funcionario de la Escuela de Medicina; primero fue su pro secretario y después subdirector, pero esto último hacia 1851 a 1855. En 1840 ingresó a la primera Academia de Medicina, asociación en la que ocupó el cargo de secretario, y fue el penúltimo director del Hospital de San Lázaro (1837-1842). Ya con experiencia docente y administrativa, Ladislao de la Pascua decidió participar al lado de otros médicos, en la guerra contra la Intervención Norteamericana en 1847, por lo que se le ha considerado como uno de los precursores del Cuerpo Médico Militar (Rodríguez: 10).

Por motivos personales, al fallecer su esposa prematuramente, el doctor Ladislao se alejó de la práctica, aunque sin abandonar la medicina, ingresó a la Colegiata de Guadalupe. Como presbítero, algunas fuentes señalan que estuvo en el Colegio de San Pablo, en los años iniciales o previos a la instalación del hospital de sangre, pero no se tiene la precisión de las fechas de este acontecimiento (Rodríguez: 10).

Y regresando a la instalación del requerido hospital en San Pablo, finalmente, el 4 de abril de 1848 el

² Hospital de San Pablo, Erección de un Hospital Municipal. AHDF, Ayuntamiento, vol. 2310, exp. 1, f. 4.

³ Hospital de San Pablo, Arrendamiento del Num. 6, Plazuela San Sebastián, Hospital de Sangre. AHDF, Hospitales en general, vol. 2299, exp. 24, fs. 2-3 (74fs).

⁴ Hospital de San Pablo, Arrendamiento # 6 Plazuela San Sebastián, Hospital de Sangre. AHDF, Hospitales en general, vol. 2299, exp. 24, f. 1.

⁵ Permuta celebrada entre el Excelentísimo Ayuntamiento y la Provincia del Dulce Nombre de Jesús y Colegio de S. Pablo (...), AHDF, Hospital de San Pablo, vol. 2310, exp. 4, f. 15.

oficial mayor Leandro Estrada dio instrucciones para proceder a ello, autorizando “al presidente de la comisión de hospitales para que de acuerdo con el Señor Gobernador del Distrito, arregle con los padres agustinos del Colegio de San Pablo su traslación al edificio de las recogidas a fin de que todo el Colegio quede expedito para el hospital”.⁶ Termina así la historia de la búsqueda de un local para la fundación de un hospital de sangre, adecuado desde el punto de vista de la disposición del espacio, mismo que se fue ampliando

con el paso del tiempo, y dando así lugar a una nueva institución hospitalaria que, en el marco de la historia asistencial del siglo XIX, jugará un papel fundamental tanto en la atención como en la enseñanza de la medicina, complemento del esquema hospitalario de la época.

El Colegio de San Pablo terminó su vida activa con motivo de las Leyes de Reforma, al ser clausurado y prohibida la vida religiosa. Lo que sucede a partir de la fundación del Hospital de San Pablo será relatado en el siguiente capítulo.

⁶Hospital de San Pablo, Erección de un Hospital Municipal. Archivo Histórico del Distrito Federal (AHDF) Ayuntamiento, vol. 2310, exp. 1, f. 11.



“La Catedral y la Gran Plaza de México”, 1848. Óleo sobre tela de Pedro Gualdi.
Museo Nacional de Historia, Conaculta, INAH-MEX

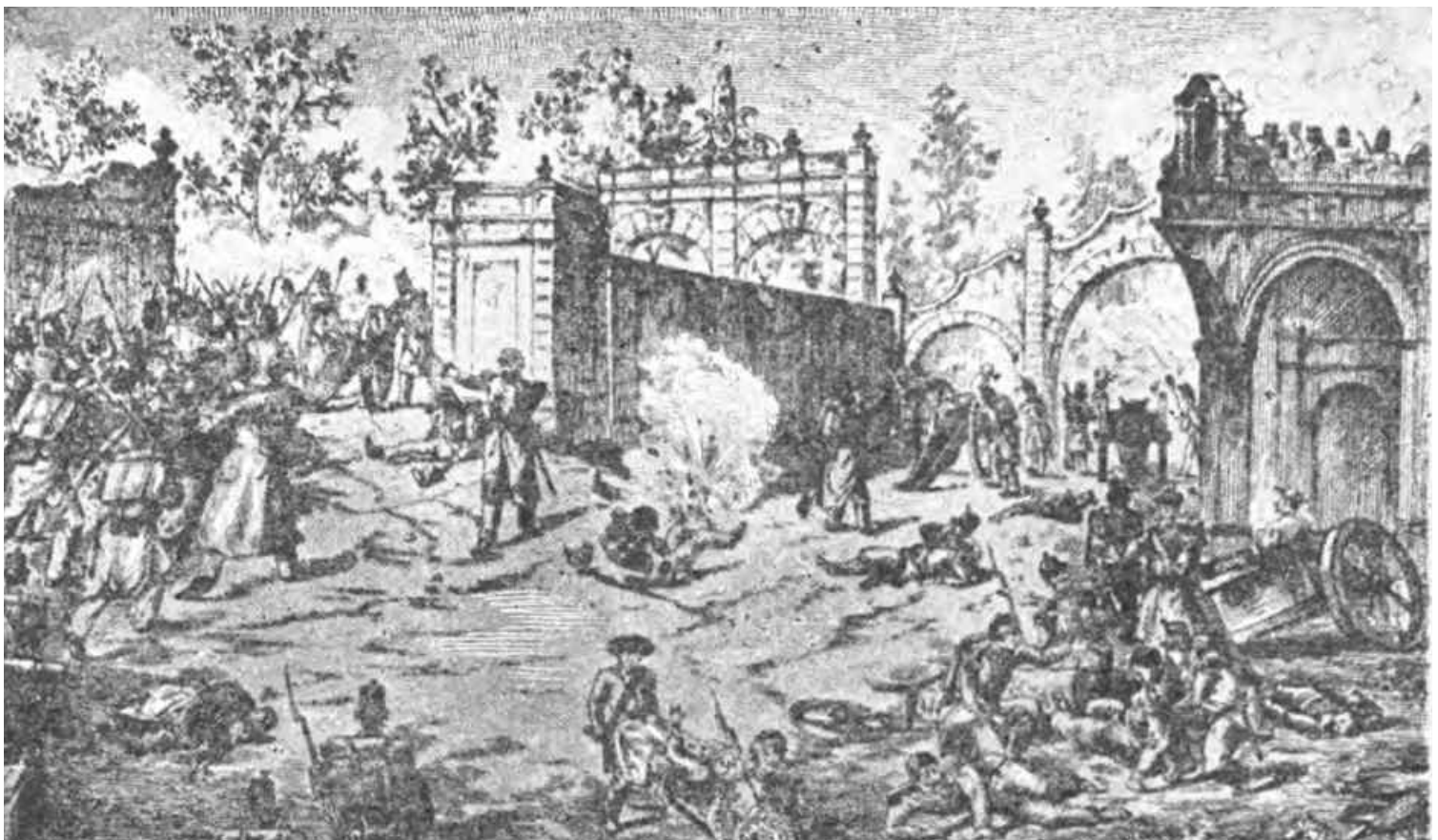
Fundación del Hospital de San Pablo

Del Hospital Municipal de San Pablo al Hospital Juárez, 1847-1872

José Manuel Sanfilippo Borrás

Uno de los episodios más controvertidos y dramáticos de la historia de México es el de la intervención norteamericana a la ciudad de México en 1847. Periodo que propició una serie de transformaciones en

la vida cotidiana nacional, así como un progreso en algunos campos de las ciencias, como es la medicina, la cirugía y la asistencia hospitalaria. Esto es, la llegada a nuestro país de uno de los descubrimientos más



Invasión norteamericana, combate en la Garita de Belén, 1847. Litografía de la época

importantes de la medicina que propició el desarrollo de la cirugía: la anestesia total con cloroformo y éter. Y en otro aspecto, la asistencia hospitalaria se manifiesta con la fundación de una de las instituciones más importantes de la segunda mitad del siglo XIX y todo el XX: el Hospital Juárez.

La intervención norteamericana

Durante la presidencia de Antonio López de Santa Anna se llevó a cabo la guerra contra Estados Unidos de Norteamérica, que inició con la anexión de Texas a ese país en mayo de 1845 y concluyó con la pérdida de la mitad norte del territorio mexicano, en febrero de 1848.

En los primeros meses de 1847 sucedió la intervención de los ejércitos yanquis a Veracruz cuando las fuerzas de Winfield Scott bombardearon San Juan de Ulúa y sitiaron al puerto del 8 de febrero al 27 de marzo, cuando finalmente se realizó el desembarco y la toma militar de la ciudad.¹



Las Hermanas de la Caridad. Congregación católica dedicada al cuidado corporal y espiritual de los enfermos, fundada por San Vicente de Paul

Los “gringos” (como les llamara Heriberto Frías)² avanzaron desde Veracruz hacia la ciudad de México por la misma ruta que recorriera Hernán Cortés, 326 años antes en su camino a la Gran Tenochtitlán; esto se debe a que además de ser el camino más corto hacia la capital del país, era la zona más despoblada de la región y en donde podían encontrar menos resistencia para contenerlos. Llegaron a Puebla, entraron sin disparar un solo tiro y establecieron su cuartel general para, de ahí, partir a la capital del país.³

Finalmente atacaron a la ciudad de México en los primeros días de agosto de 1847.

Las Hermanas de la Caridad

Pocos años antes de estos sucesos, llegaron a México un grupo de religiosas capacitadas para atender a los enfermos de algunos hospitales de la ciudad: las Hermanas de la Caridad. Esta organización, que es uno de los antecedentes importantes de la enfermería profesional mexicana, fue fundada en París en 1634 por Vicente de Paul.⁴

Su introducción y establecimiento en el país se debe a la señora María Ana Gómez de la Cortina, Condesa de la Cortina, quien costó de su peculio los gastos que se requerían para trasladar desde España a las precursoras; el doctor Manuel Andrade y Pastor quien contribuyó con ella para cubrir los gastos necesarios, así como otro grupo de mujeres de la sociedad mexicana. El doctor Andrade también hizo las gestiones ante el gobierno, mismo que autorizó la entrada de la orden por medio del decreto del 9 de octubre de 1843.⁵

La señora Cortina giró las instrucciones necesarias a sus agentes en Madrid para traer de allá a las primeras religiosas, quienes sin novedad alguna desembarcaron en el puerto de Veracruz el 4 de noviembre de 1844 y el 15 entraron a la ciudad de México; venían nueve religiosas y al frente la superiora sor Agustina Inza.⁶

¹ García Cantú, Gastón. Las invasiones norteamericanas en México. Ed. Era-SEP. *Letras mexicanas*, núm. 57. Segunda serie. México. 1986. p. 161.

² Frías, Heriberto. *La guerra contra los gringos*. Ediciones Leega-Juncar. México. 1984.

³ Ramírez Echeverría, Domingo. “Algunas consideraciones en torno a la batalla de Churubusco”. *Batalla de Churubusco el 20 de agosto de 1847*. Departamento del Distrito Federal. Col. Conciencia cívica nacional núm. 4. México. 1983. p. 14.

⁴ Rivera Cambas, Manuel. *México pintoresco, artístico y monumental* (1880-3). Edición facsimilar. Editorial del Valle de México. México. 1974. T. 2 p. 62.

⁵ Orozco y Berra, Manuel. *La Ciudad de México* (1854). Editorial Porrúa. Col. Sepan Cuantos... núm. 520. México. 1996. pp. 232 y 233; García Cubas, Antonio. *El libro de mis recuerdos* (1910). 7ª edición. Editorial Patria. México. 1978. p. 52.

⁶ Los nombres de estas hermanas eran: Agustina Inza (superiora), Josefa Ramos, Mariana Elío, Micaela Ayanz, Gregoria Bota, Magdalena Latiegui (boticaria), Teresa Corritido, Luisa Mariadet y Juana Bautista Artía. García Cubas, Antonio. *Op. cit.* p. 52.

Cabe mencionar que todas ellas no tenían más de 30 años, a excepción de la superiora que contaba con 38 años de edad.⁷

Los primeros tres meses se alojaron en la casa número 3 del Puente de Monzón; más tarde pasaron a una casa de campo de la Condesa de la Cortina, en Tacubaya, para adaptarse a las “primeras impresiones del clima”, y posteriormente —con el mismo objetivo—, se trasladaron a la hacienda de San Antonio Clavería. Al poco tiempo regresaron a la capital y se hospedaron temporalmente en la casa de la Mariscal, cerca de la Alameda, y después establecieron definitivamente un noviciado y la casa matriz en un edificio recién construido, conocido con el nombre de Colegio de las Bonitas, que el Arzobispo de México les vendió en un precio moderado, en la plazuela de Villamil.

La Condesa de la Cortina tomó el hábito de las Hermanas de la Caridad y cuando falleció, el 6 de enero de 1846, dejó estipulado en su testamento que se entregara la cantidad de 141 mil pesos a la casa matriz para que se llevara a cabo el último tramo de su obra, lo que su hijo y sus albaceas verificaron que se cumpliera, asegurando la herencia por escritura del 7 de febrero de 1846.⁸

Las Hermanas de la Caridad se hicieron cargo de los hospitales del Divino Salvador, San Andrés y San Juan de Dios, y mantuvieron una escuela gratuita con un noviciado, preparando jóvenes en la tarea de la atención hospitalaria.⁹ La filosofía de la orden estaba basada en la obediencia, la privación de los bienes materiales, aceptando con gusto las penas y fatigas. Su misión consistía en constituirse como sirvientes del pobre y madres del huérfano, considerando que todos son iguales, y sin más objetivo que “ejercer los sublimes efectos de la caridad”.¹⁰

No es posible dejar de mencionar quién era el personaje principal de la primera etapa del nacimiento y conformación del Hospital de San Pablo, una de las más prominentes Hermanas de la Caridad: sor Micaela Ayans, quien tuvo a su cargo la “coordinación general” de los quehaceres, penares y penurias de la institución.



Puente de Cartagena en la antigua Villa de Tacubaya



Sor Micaela Ayans y las Hermanas de la Caridad

Una breve semblanza de la religiosa, que se encuentra en el *Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México*, permite darnos cuenta de que su

⁷ Rivera Cambas, Manuel. *Op. cit.* p. 63.

⁸ Orozco y Berra, Manuel. *Op. cit.*

⁹ Arróniz, Marcos. *Manual del viajero en México*. Librería de Rosa Y. Bouret. México. 1858. p. 98.

¹⁰ Rivera Cambas, Manuel. *Op. cit.* p. 63.

vida giró alrededor de esta obra pía, por lo cual vamos a reproducir esta nota con algunas adiciones.¹¹

Micaela Ayans (1818-1878). Nació en España en 1818 e ingresó a la comunidad religiosa de la Orden de San Vicente de Paul cuando tenía 24 años de edad. Dos años después llegó a México con el primer grupo de las Hermanas de la Caridad. En 1847 cuando el ejército norteamericano invadió México y fue necesario crear el Hospital de San Pablo, se dedicó —el 23 de agosto— a la atención de los heridos de dicho nosocomio. Acabada la contienda y al quedar el hospital con carácter de institución municipal, fue la encargada de la administración del mismo, cargo en que permaneció por espacio de 28 años. Su labor fue modelo de inteligencia y abnegación, consiguió resolver problemas muy arduos y situaciones críticas del hospital siempre en penuria económica. Tuvo una larga “campaña bélica” contra el general Joaquín Rangel que pretendía apoderarse de parte del hospital, lucha que terminó con el triunfo total de la religiosa. La constante



Litografía que muestra la muerte de una de las Hermanas de la Caridad

tensión nerviosa a la que estaba sometida le ocasionó una hemiplejía que le obligó a abandonar temporalmente sus actividades en el hospital y pasar un tiempo en la Villa de Guadalupe.¹² En 1875 cuando las Hermanas de la Caridad fueron expulsadas de México, regresó a su país, en donde murió pocos años después el 19 de abril de 1878, en su pueblo natal Soria de Barca, en la provincia de Navarra, tenía 60 años de edad.

Trabajos para crear los hospitales de sangre

Con la amenaza inminente de que las tropas norteamericanas llegarían a la ciudad de México, el Gobierno tomó las medidas necesarias para enfrentarse al invasor y, naturalmente, para atender a los heridos en acción. Así, el Ayuntamiento, para resolver el problema, creó una comisión dedicada de manera específica para establecer hospitales de sangre en diversos puntos de la ciudad, según consta en el acta del Cabildo correspondiente al 14 de mayo de 1847.¹³

Desde el mes anterior se había designado al médico militar Casimiro Liceaga para que se encargara de las actividades orientadas a fortificar la ciudad, construyendo trincheras y parapetos en la garita de San Lázaro. Además, se le solicitó al Consejo Superior de Salubridad para que designara médicos, boticarios y cirujanos, que junto con clérigos y civiles, establecieran centros de socorro que atendieran a los heridos de los encuentros armados en los diferentes frentes.

Así se comenzó a instalar hospitales de sangre desde julio en el Peñón Viejo, en el polvorín de San Antonio Abad y en la plazuela de San Sebastián, coordinados por los médicos, general Pedro Vander Linden y Manuel Andrade; también se pidió apoyo a los profesores y alumnos de la Escuela de Medicina y a las comunidades religiosas. Las Hermanas de la Caridad fueron las primeras en ofrecer sus servicios.¹⁴

Otra de las medidas que tomó el Ayuntamiento fue dotar a los nosocomios ya existentes de los artículos

¹¹ *Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México*. 6ª ed. Editorial Porrúa. México. 1995. p. 292.

¹² Cárdenas de la Peña, Enrique. *Mil personajes en el México del siglo XIX*. Banco Mexicano Somex. México. 1979. T. 1 p. 141.

¹³ Gutiérrez Vázquez, Samuel. *“El texoxotla-ticitl” (cirujano) mexicana a través del tiempo*. XXII Asamblea Nacional de Cirujanos. México. 1974. p. 46.

¹⁴ Vargas Olvera, Rogelio. “Los ‘Hospitales de sangre’ de la ciudad de México y la invasión norteamericana de 1847”. *Cuadernos para la historia de la salud*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. México. 1995. p. 121.

indispensables, como fue el caso de San Hipólito y San Lázaro, pero los administradores eclesiásticos del Hospital de San Andrés, en cambio, no sólo negaron toda colaboración con el gobierno, sino que señalando la falta anterior de pagos, no aceptaron la propuesta.¹⁵

Con anterioridad el Ayuntamiento tenía un convenio con el Hospital de San Andrés, para que atendiera a los enfermos de la ciudad, pero como la deuda ascendió a más de 80 mil pesos y no la querían cubrir, se negó a recibir a los enfermos enviados por el gobierno de la ciudad cuando los norteamericanos invadieron.¹⁶

El 16 de agosto el Cabildo de la ciudad de México confió a uno de sus regidores, el abogado y filántropo, José Urbano Fonseca, la tarea de establecer un hospital de sangre.¹⁷

El Regidor de Hospitales propuso que se pusiera a disposición del ayuntamiento el local del Colegio de San Pablo, ocupado por frailes agustinos, para convertirlo en el hospital destinado a atender a los heridos procedentes de las batallas de Churubusco y Padierna.¹⁸

Nuevamente, antes de reseñar el inicio del hospital de sangre, es necesario abrir otro paréntesis para mencionar quién era el licenciado Fonseca.

José Urbano Fonseca (1792-1871). Nació en la ciudad de México. Se graduó en la Facultad de Leyes de la Real Universidad de México. Desempeñó varios cargos públicos en los diversos periodos presidenciales. En 1847 era regidor del Ayuntamiento de México.

En 1843, fue director honorario de la Academia de San Carlos, a la cual dotó de alumbrado de gas, creó nuevas aulas y clases, e hizo las adecuaciones necesarias para transformarla en la Academia Nacional de Bellas Artes.

Fue vicepresidente de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística creada en 1833, presidente



Licenciado José Urbano Fonseca

de la Junta de Colonización, miembro de la comisión para organizar la enseñanza profesional en México.¹⁹ En 1858 colaboró en la fundación de la Escuela de Agricultura y obtuvo el predio del convento de San Jacinto, iniciándose así los estudios formales de la profesión. También en junio de 1866 creó el Conservatorio de Música derivado de la Sociedad Filarmónica. En ese mismo año fundó la Escuela de Sordomudos, logrando la adjudicación del edificio del Colegio de San Gregorio.

Para el gremio médico mexicano su principal aportación fue la participación en la compra del edificio de la Inquisición en la Plaza de Santo Domingo, en 1854, que estableció la Escuela de Medicina en un local propio. A la postre, el licenciado Fonseca fungía como ministro de Justicia.

¹⁵ Rogelio Álvarez, José. *Enciclopedia de México*. México. 1987. T. 7 p. 4042.

¹⁶ Fajardo Ortiz, Guillermo. *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*. Soc. Mex. de Historia y Filosofía de la Medicina. México. 1980. pp. 55-63.

¹⁷ Rogelio Álvarez, José. *Op. cit.* T. 7 p. 4042.

¹⁸ Gutiérrez Vázquez, Samuel. *Op. cit.* p. 46.

¹⁹ Esta comisión elaboró el proyecto para organizar la educación profesional en el país. Formaban parte de ella, además de Urbano Fonseca, José Fernando Ramírez, Felipe Reygoza, Leopoldo Río de la Loza y José Ignacio Durán. Cárdenas de la Peña, Enrique. *Op. cit.* t. 1 p. 645.

Durante el imperio de Maximiliano, el General Forey lo nombró miembro de la Junta de Notables, cargo que rechazó, pero siguió trabajando en sus actividades filantrópicas, cuando se restableció la República, el Presidente Juárez no lo reconoció y lo encarceló durante dos años, hasta que fue emitida la Ley de Amnistía que le permitió salir en libertad, para continuar con su labor benefactora.

Murió en el pueblo de San Ángel, en la ciudad de México, el 21 de junio de 1871, a la avanzada edad de 80 años y está sepultado en el Panteón San Fernando.²⁰

Fundación del Hospital de San Pablo

Retomemos los sucesos de la instauración del Hospital de Sangre en el barrio de San Pablo.

Los agustinos se negaron a entregar el edificio y en estas condiciones el ayuntamiento, actuando con gran energía, obtuvo una orden del comandante militar, el General Manuel María Lombardini, jefe del Ejército de Oriente, quien ordenó que el edificio se dedicara al fin señalado: Hospital de Sangre. Se tomó posesión del predio el 10 de agosto de 1847.²¹

Se hicieron los arreglos necesarios con la urgencia que el caso requería, para que diez días después el local estuviese en condiciones de recibir a los primeros heridos.

Los claustros se convirtieron en enfermerías, cerrando con adobes los arcos para crear diversos departamentos y quirófanos, se habilitaron los corredores del edificio, cerrando los extremos con muros para hacer los dormitorios y se construyeron las camas, camillas y parihuelas necesarias con las vigas y puertas de la plaza de toros contigua, y en las galerías se pusieron esteras para acostar a los pacientes excedentes o temporales. Se abrió una puerta a un costado del edificio, la cual daba a una acequia que por ahí pasaba, con la finalidad de poder recibir a los heridos tanto por tierra como por los canales vecinos, como el de la Viga.

Como ya se mencionó, el licenciado Urbano Fonseca invitó a las Hermanas de la Caridad con el objetivo de recibir a los heridos más graves. El 16 de agosto llegaron veinte religiosas precedidas por sor Micaela Ayans y María Concepción Orozco, siendo la primera de ellas quien de manera inmediata asumió las funciones de administradora y directora.²²

Junto con las religiosas, también llegaron los primeros médicos. La Escuela de Medicina envió diez practicantes, para que en forma voluntaria y generosa, apoyaran a las actividades quirúrgicas y hospitalarias. Los médicos titulares fueron Ladislao de la Pascua, Guillermo Santamaría y un practicante de apellido Gutiérrez.²³ Se ha dicho que el doctor De la Pascua era cura coadjutor de la Iglesia de San Pablo, cosa que no es verdad puesto que tomó los hábitos siete años después.

Nuevamente tomaremos al Diccionario Porrúa como fuente de información sobre la vida del doctor De la Pascua.²⁴

Ladislao de la Pascua y Martínez (1815-1891).

Nació el 27 de junio en la ciudad de México. Estudió en el Colegio de San Ildefonso cuando aún era plantel de los Jesuitas. Cursó la carrera de Minería, que abandonó en los primeros años y se matriculó en la de Medicina en el recién creado Establecimiento de Ciencias Médicas, graduándose el 7 de octubre de 1837. Se incorporó al Hospital de San Lázaro en donde trabajó hasta 1842, haciendo estudios sobre la lepra.²⁵

En 1839 se casó con la viuda del doctor Pedro Escobedo, quien fuera su maestro. En el Colegio de San Ildefonso impartió la asignatura de Física durante varios años. Fue miembro de la Segunda Academia de Medicina en 1840, de la cual fue secretario. De igual forma, ocupó el mismo puesto en el Colegio Militar y en el Colegio de las Vizcaínas

²⁰ Sanfilippo B., José. "Lic. Urbano Fonseca. Fundador del Hospital Juárez". *Gaceta de Facultad de Medicina*. UNAM. Marzo 10 de 2001. pp. 11 y 12; *Diccionario Porrúa*. *Op. cit.* pp. 1325 y 1326.

²¹ Rogelio Álvarez, José. *Op. cit.* T. 7 pp. 4042 y 4043.

²² Vargas Olvera, Rogelio. *Op. cit.* p. 122.

²³ Gutiérrez Vázquez, Samuel. *Op. cit.* pp. 46-54.

²⁴ *Diccionario Porrúa*. *Op. cit.* p. 2651.

²⁵ Saul, Amado. *Dr. Rafael Lucio. Vida y obra*. Edición del autor. México. 1991. p. 30.

y fungió como secretario de la Escuela de Medicina de 1839 a 1841. Escribió un libro sobre Introducción a la Física que fue básico para su estudio en el siglo XIX. En 1844 publicó el primer artículo sobre lepra escrito en México titulado “Elefanciasis de los griegos” que apareció en el periódico de la Sociedad Filoiátrica. Formó parte del primer grupo que fundó el Colegio Médico Militar en 1847, a la vez que se incorporó al Hospital de Sangre de San Pablo.

Enviudó en 1852, abandonó la práctica de la medicina y se dedicó a la vida eclesiástica. Recibió las órdenes en 1854 y tres años después lo nombraron cura del pueblo de Tacubaya, donde permaneció casi 10 años, hasta 1866 cuando fue trasladado a la Iglesia de la Santa Veracruz. Finalmente, en 1872 entró como Cabildo de la Villa de Guadalupe, donde permaneció como canónigo hasta su muerte, acaecida el 15 de noviembre de 1891, a la edad de 76 años.

Inicio de las actividades del Hospital

Las actividades comenzaron el 23 de agosto de 1847 con el nombre de Hospital de Sangre de San Pablo, y el doctor De la Pascua se encargó de planear y coordinar las actividades médicas, por lo que se puede considerar que fue el primer director.

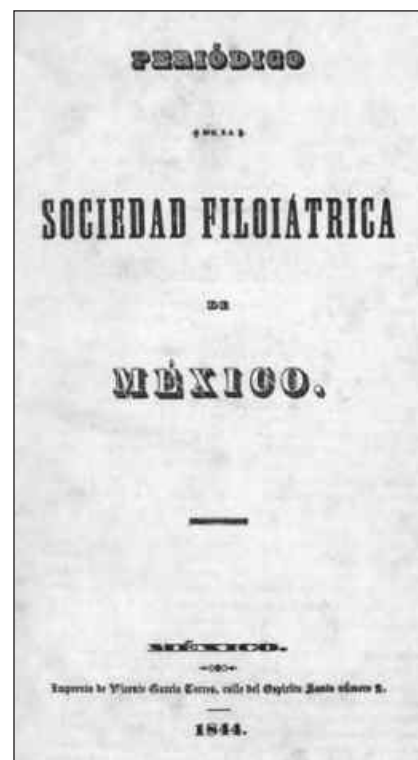
Al respecto, cabe señalar que hay un desconcierto ya que no se han encontrado documentos fidedignos que indiquen quien fue el primer director de la institución, con un nombramiento oficial.

Cuando se retiraron los gringos invasores, el hospital fue habilitado para servicio municipal, con 40 camas para hombres y 30 para mujeres; se nombró un administrador, Mariano Romero, que poco tiempo después fue despedido por falta de escrúpulos e incompetencia, siendo nuevamente sor Micaela Ayans la encargada de esas actividades del hospital.²⁶

Después de los doctores Ladislao de la Pascua y Guillermo Santamaría, en 1851 se incorporaron al hospital los médicos Felipe Castillo, Juan N. Navarro, Bruno Caso, Néstor Tellechea y Luis Hidalgo y Carpio,



Dr. Ladislao de la Pascua y Martínez



Portada del *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, 1844, donde fue publicado el artículo sobre lepra de Ladislao de la Pascua y Rafael Lucio

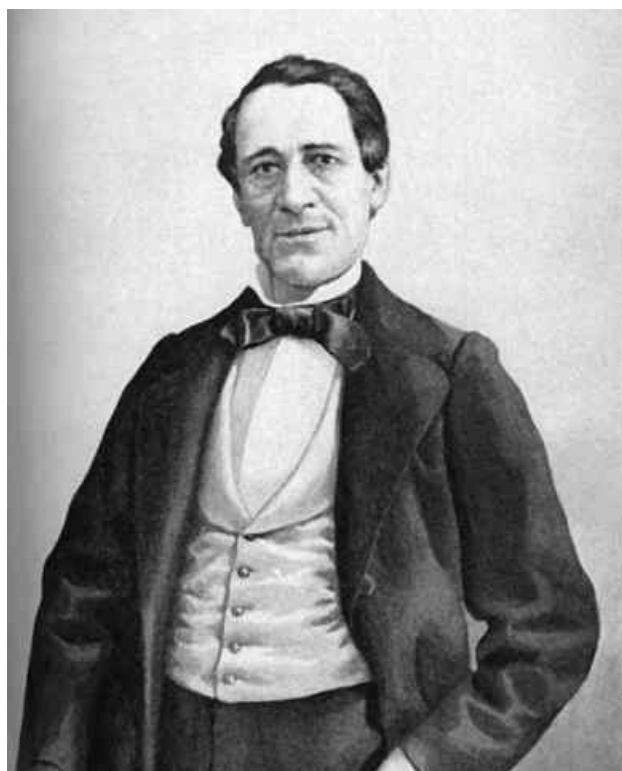
quienes de inmediato iniciaron la enseñanza de la medicina al impartir en el seno del nosocomio los estudios de las diferentes clínicas. Al año siguiente ingresó el doctor Miguel F. Jiménez.²⁷

²⁶ Fajardo Ortiz, Guillermo. *Op. cit.* p. 63.

²⁷ Ezquerro Peraza, R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos.* S.p.i. México. 1934. p. 10.



Dr. Luis Hidalgo y Carpio



Dr. Miguel Fco. Jiménez

Ese mismo año, el doctor José Ignacio Durán, director de la Escuela de Medicina, solicitó cadáveres para el estudio de la anatomía y de las prácticas quirúrgicas y pidió que en las clínicas del hospital se pudieran llevar a cabo las prácticas para los alumnos del plantel. El Ayuntamiento aceptó la petición, aclarando que para tal efecto: en las clases clínicas, no se utilizaran las camas del hospital ocupadas con pacientes graves, mientras que para los estudios de anatomía y disecciones se emplearan únicamente cadáveres sin dueño.²⁸

Los primeros años fueron de gran penuria por las deudas contraídas para medicinas, alimentos y otros implementos, por lo que fue necesario pedir ayuda a particulares, entre los cuales respondió de manera importante un comerciante llamado Andrés Cervantes.

El hospital municipal

El historiador Manuel Orozco y Berra conoció de primera mano las causas que llevaron a las autoridades de la ciudad de México a convertir al Hospital de San Pablo en un nosocomio municipal. Lo narra de la siguiente manera:

“El Sr. D. Miguel María Azcárate, siendo gobernador del Distrito, concibió en 1850 la idea y la realizó de unir el hospital de presos que existía en San Hipólito a las sesenta camas de libres que había en San Pablo, y de aquí resultó el establecimiento de este nombre. Por este medio se obtuvo la ventaja de economizar a los fondos municipales más de 1,000 pesos mensuales, y la de que los enfermos estuvieran mejor asistidos, más sobrevigilados y sujetos en lo posible a orden y moralidad, bajo la inspección de las Hermanas de la Caridad.

Para dar amplitud al edificio se compró una parte de la casa que perteneció al Sr. General D. Joaquín Rangel, a fin de formar salones bien vinculados, secos y capaces de setenta camas cada uno. Cada año se emplea alguna suma en hacer reparaciones, siendo las principales en los anteriores la compra de camas de hierro, la formación de varios utensilios,

²⁸ Gutiérrez Vázquez, Samuel. *Op. cit.* pp. 46-54.

adquisición de una buena caja de instrumentos para operaciones, la fábrica de una capilla decente, amplia y situada en lugar conveniente, porque la antigua estaba en sitio muy apartado y la construcción de un anfiteatro aislado del hospital y bien ventilado”.²⁹

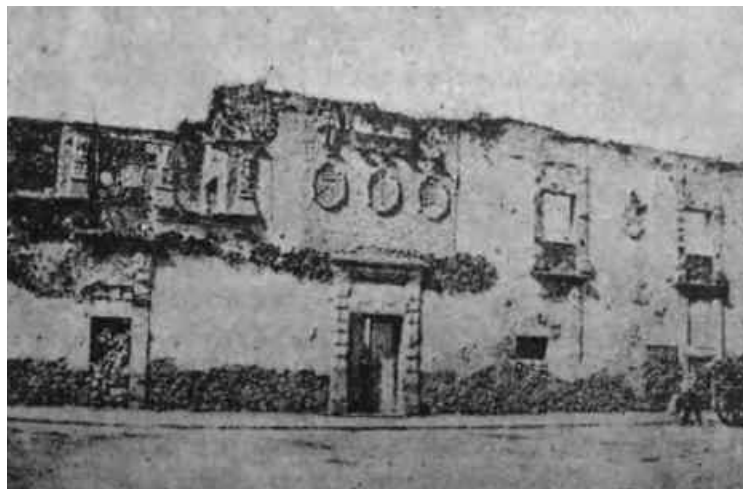
Dicho predio era una construcción conocida como la Casa del Judío o la Casa de Matanza, situada al poniente del Colegio de San Pablo —en la calle del Cacahuatal—, cuyo propietario era el General Rangel, un distinguido combatiente de las batallas del Molino del Rey y de San Cosme, que según dice el doctor Gutiérrez Vázquez:

“(…) había cedido amistosamente y más tarde, arrepentido de su buena obra, pretendió recuperarla dando lugar con esta acción a un largo juicio que culminó muchos años después con la cesión de dicho inmueble al hospital en forma definitiva, en el año de 1872”.³⁰

Esta fue una larga lucha que emprendió sor Micaela Ayans y “que terminó con el triunfo total de la religiosa”, como se mencionó más arriba. Con ello se incrementaron los locales para el hospital, en donde se construyeron salas para hombres y mujeres.

Época Juarista

El 5 de febrero de 1857 el Congreso Constituyente promulgó una nueva Constitución que establecía un régimen republicano, representativo y federal, estableciendo (entre otras cosas) la educación secular y la separación entre la Iglesia y el Estado, así como avallando la nacionalización de los bienes eclesiásticos.³¹ Aun cuando la Constitución centralista de 1836 y las Bases Orgánicas de 1843, diseñadas por el doctor Anastasio Bustamante, señalaron la obligación del Estado de cuidar la salud pública y reglamentar lo necesario para preservarla, no tuvieron efecto en la práctica a causa de la agitada vida política del país; fue por ello



Casa del Judío



Don Benito Juárez

que la nueva Carta Magna recogió sus principios.³² Esta Constitución propició una nueva conflagración civil entre liberales y conservadores, conocida como la Guerra de los Tres años o de Reforma.

²⁹ Orozco y Berra, Manuel. *Op. cit.* pp. 305 y 306.

³⁰ Gutiérrez Vázquez, Samuel. *Op. cit.* p. 46.

³¹ Vázquez-Gómez, Juana. *Diccionario de gobernantes de México (1325-1997)*. Nueva imagen. México. 1998. p. 256.

³² Rogelio Álvarez, José. *Op. cit.* T. 7. pp. 4042 y 4043.

El presidente Benito Juárez, que se hallaba en Veracruz, nacionalizó los bienes del clero el 12 de julio de 1859; el 4 de agosto siguiente aclaró que los hospitales no quedaban comprendidos en esa medida, pudiendo sus ocupantes seguir en ellos si así lo solicitaban y lo autorizaba el gobierno. El 2 de febrero de 1861, de regreso a la capital después de la Guerra de los Tres Años, dispuso que quedaran secularizados todos los hospitales que hasta esa fecha habían administrado las autoridades o instituciones eclesiásticas, y que la Nación se encargara de su dirección y mantenimiento en el Distrito Federal, y los gobiernos locales en las demás entidades. Entregados los nosocomios de las órdenes hospitalarias a los ayuntamientos desde 1821, esta disposición sólo afectaba al Hospital General de San Andrés, en la ciudad de México, y al de Belem, en Guadalajara.³³

Sin embargo, el siguiente día 19 de agosto de 1859 el propio mandatario decidió que las Hermanas de la Caridad continuaran prestando sus servicios bajo la vigilancia del Estado. En mayo de ese año, con el propósito de instrumentar el ejercicio de las atribuciones oficiales en materia de salubridad, Juárez creó la



Dr. Ignacio Alvarado

Dirección de Beneficencia, adscrita a la Secretaría de Gobernación; sin embargo, el 30 de agosto del año siguiente fue suprimida, volviendo los ayuntamientos a responsabilizarse de las operaciones de los hospitales. Este y otros intentos de política en la misma materia no surtieron efecto a causa de la intervención francesa.³⁴

Durante la Guerra de Reforma el estado económico del hospital se agravó todavía más, al grado de estar en peligro de cerrar sus puertas. Para entonces la dirección del hospital estaba a cargo de Micaela Ayans, y las Hermanas de la Caridad lograron sostenerlo gestionando donaciones de medicinas y víveres por todas partes, hasta de otros hospitales. A pesar de tantas carencias y de las dificultades de todo tipo, el número de camas fue aumentando hasta llegar a tener 200, considerándose que el Hospital de San Pablo era el que prestaba los mejores servicios en esa época, por lo que la Sociedad de Beneficencia Francesa, Suiza y Belga solicitó un departamento con siete camas para sus socios enfermos, el Ayuntamiento concedió la petición el 15 de julio de 1857. Igualmente, la Sociedad de Beneficencia Española también solicitó autorización para atender a sus enfermos en una sala contigua a la que ocupaban los franceses, lo que se le concedió el 24 de septiembre de 1860.

Durante ese año y con el aumento de camas y de actividades, a la planta de médicos se incorporaron los doctores Gabino F. Bustamante e Ignacio Alvarado, quienes soportaron la gran miseria por la que atravesaba el establecimiento. Gracias al esfuerzo y devoción del personal de las seis Hermanas de la Caridad con las que contaba el hospital en esa época, no cerraron las puertas; todavía más, ante la amenaza primero, y seguridad después, de una nueva guerra de intervención —ahora la francesa—, y con la paupérrima ayuda gubernamental, continuaron su labor heroica; además, el hospital municipal volvió a ser hospital de sangre, en donde fueron atendidos los heridos que defendieron al país en esta nueva guerra.³⁵ La deuda que tenía el hospital ascendió, en junio de 1862, a 9 mil 086.15 pesos.

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

³⁵ Gutiérrez Vázquez, Samuel. *Op. cit.* pp. 46 y 47.

Pero ahí no terminaron sus privaciones. El Ayuntamiento capitalino adquirió todos los predios aledaños, como por ejemplo la Iglesia de San Pablo, para agrandar el hospital y se construyeron ex profeso dos salas para alojar a los enfermos de lepra de ambos sexos, procedentes del Hospital de San Lázaro, el cual fue clausurado “para minorar los gastos del municipio” el 12 de agosto de 1862.³⁶ Así pues, gracias a esas sucesivas ampliaciones, se tenía capacidad para 320 personas, distribuidas en cinco departamentos: presos, libres, mujeres, lazarinos y franceses y españoles.³⁷

Informe de García Icazbalceta

Terminada la guerra de intervención francesa se estableció en México el efímero Segundo Imperio de Maximiliano, en 1864. Durante esta época no se mejoró el nosocomio.

Maximiliano y la emperatriz Carlota deseaban saber cómo se encontraban los establecimientos de beneficencia en México, cuál era su estado y sus necesidades para remediarlas. Se encomendó a José María Andrade, uno de los más eruditos bibliófilos de la época, para que llevara a cabo una inspección. Le solicitó colaboración a Joaquín García Icazbalceta quien tenía un gran conocimiento del tema, ya que era presidente de la Sociedad de San Vicente de Paul.³⁸

Durante todo 1863 visitaron las once instituciones correccionales, de caridad y hospitalarias existentes en la ciudad de México. El resultado fue un documento titulado *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta Capital*.³⁹

El informe escrito del Hospital de San Pablo, en aproximadamente dos páginas, hace una breve historia de su creación y de las instalaciones físicas del edificio. Por su importancia y lo descriptivo del documento vale la pena reproducirlo, debido a que en las diferentes historias del Hospital se hace mención de él, deformando su interpretación.



Maximiliano y Carlota



Joaquín García Icazbalceta

³⁶ Ezquerro Peraza, R. *Op. cit.* p. 12.

³⁷ Rogelio Álvarez, José. *Op. cit.* T. 7 pp. 4042 y 4043.

³⁸ Sanfilippo B, José. “Joaquín García Icazbalceta y la medicina mexicana”. *Boletín del Instituto de Investigaciones Bibliográficas Nueva época*. 2001. Vol. VI No. 1-2. pp. 99-115.

³⁹ García Icazbalceta, Joaquín. *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta Capital; su estado actual, noticias de sus fondos, reformas que desde luego necesitan y plan general para su arreglo, presentado por José María Andrade*. México. 1864. Escrito póstumo. México. Moderna Librería Religiosa. 1907.

“(…) A la derecha de la entrada principal se hallan el cuarto del oficial de guardia y el de la tropa. Siguiendo adelante, y a la izquierda, se encuentra una pieza destinada a la comisaría. En el centro del primer patio hay un jardín con una fuente en medio. Los bajos que forman este patio son una sala para hombres con setenta y siete camas, otra sala también para hombres, dividida como la anterior en dos piezas, con setenta y una camas; una pieza para operaciones y guardar la ropa limpia; otra que sirve de cocina particular para las medicinas de estos departamentos; y por último, otra pieza destinada a guardar la ropa de los enfermos que se reciben. En los altos del mismo patio están una sala para mujeres con cincuenta y cuatro camas; la de la Francesa con ocho, una pieza pequeña para enfermos distinguidos con una cama, y otra con cuarenta y una, otra pieza para el practicante que está de guardia, y tiene dos camas. Además la sacristía y el oratorio de las Hermanas.

En el segundo patio se encuentra lo siguiente: el cuarto del portero; un lavadero con tres piezas; la despensa con otras tres, atolería y otra pieza con el torno para despachar la comida; además, dos cuartos pequeños para los baños. Al norte una vivienda aislada con tres piezas y un patio.

Los altos del segundo están ocupados con el departamento de las Hermanas de la Caridad, y la habitación de los PP. Capellanes. En el tránsito del primero al segundo patio está la botica con su laboratorio.

En las salas bajas ocupadas por los enfermos, aunque el agua no está visible, por hallarse el piso bastante elevado, se siente, sin embargo, esa atmósfera fría y húmeda, tan común en los pisos bajos de esta ciudad. Son a pesar de eso, buenas y bien ventiladas, tal vez demasiado. Las altas lo son igualmente: en todas se nota aseo, están provistas de camas con lo necesario, y los enfermos parecen bien asistidos.

Para completar la descripción del edificio, solo me resta hacer mención del nuevo departamento de lazarinos. Consta de un tránsito cubierto, con diez celdas, tres ocupadas con la enfermería de los lazarinos, y siete para enfermos distinguidos; sala de recreo para las enfermas, dos piezas para ropería

y sirvientas del departamento, azotehuela y cocina. Una sala para lazarinos, con un salón de recreo, y una escalera que baja a la sacristía e iglesia. Hay además en el piso bajo seis piezas inútiles y una caballeriza. Va a dar esto a un potrero cerrado en parte con cercas y en parte con zanjas. Enteramente aislados, y bien distantes del edificio, se ven el anfiteatro y el depósito de cadáveres. Aun hay otro patio pequeño que mira al oriente, con tres piezas y una caballeriza.

Por ser reciente la traslación de los lazarinos, por falta de fondos, o por otra causa, la parte del edificio ocupada por ellos, no corresponde a los demás. El local es estrecho, triste y harto deteriorado; los bajos están en completo abandono y convertidos en basurero. Baste saber que este grande edificio fue muchos años un convento deshabitado, y después sirvió por largo tiempo de cuartel; no es, necesario encarecer cuán destruido debió encontrarse. Se conoce que la parte del hospital ha exigido obras considerables para ponerlo en el estado en que se ve; pero ni aun así ha podido quitársele ese aire lúgubre y desamparado, consiguiente a su construcción primitiva y a su destino por tantos años. La parte de los lazarinos, a que no ha alcanzado todavía esa mejora, es por lo mismo más triste. Las zanjas que limitan una parte del terreno, el potrero que se incluye en él, la multitud de acequias para cruzar aquel barrio sucio, poco poblado y de malos edificios, todo contribuye a aumentar la desfavorable impresión que causa la visita a este hospital.

El número de enfermos que en él asisten es como sigue: enfermos presos 100, idem. libres 20, enfermas presas 60, idem. libres 7, lazarinos 2, lazarinas 12, total 213.

El personal es el siguiente: once Hermanas de la Caridad, incluso la superiora, que es, al mismo tiempo de directora del establecimiento; dos padres capellanes; cuatro médicos directores; tres practicantes mayores; diez idem. menores; ocho sirvientas hombres; veintiocho sentenciadas y criadas; total sesenta y seis personas”.

El informe no tuvo ningún efecto, sólo quedó como documento administrativo.

Tiempo después, alrededor de 1880, el ingeniero e historiador Manuel Rivera Cambas escribió su obra magna, *México pintoresco, artístico y monumental*, en donde hace una lúgubre descripción del hospital y menciona el nombre de las cinco salas: San Miguel, Dolores, San Vicente, Guadalupe y Reencargados.⁴⁰

Nombramiento de director

Nuevamente nos enfrentamos al puesto de director del Hospital Municipal de San Pablo. Como se puede ver en el *Informe* de García Icazbalceta, la dirección recaía en sor Micaela Ayanz y cuatro médicos directores. Esto se debe a que cada una de las salas tenía un médico responsable.

Como ya se mencionó, no es fácil encontrar los datos para saber quién o quiénes fueron los primeros médicos que se ocuparon de dirigir las actividades del Hospital. Es conveniente retomar el texto del acucioso historiador Rómulo Velasco Ceballos para tratar de aclarar este tema. Comentando un dato señalado por Francisco A. Flores en su *Historia de la medicina*,⁴¹ en la que menciona a los doctores De la Pascua y Santamaría como los primeros médicos:

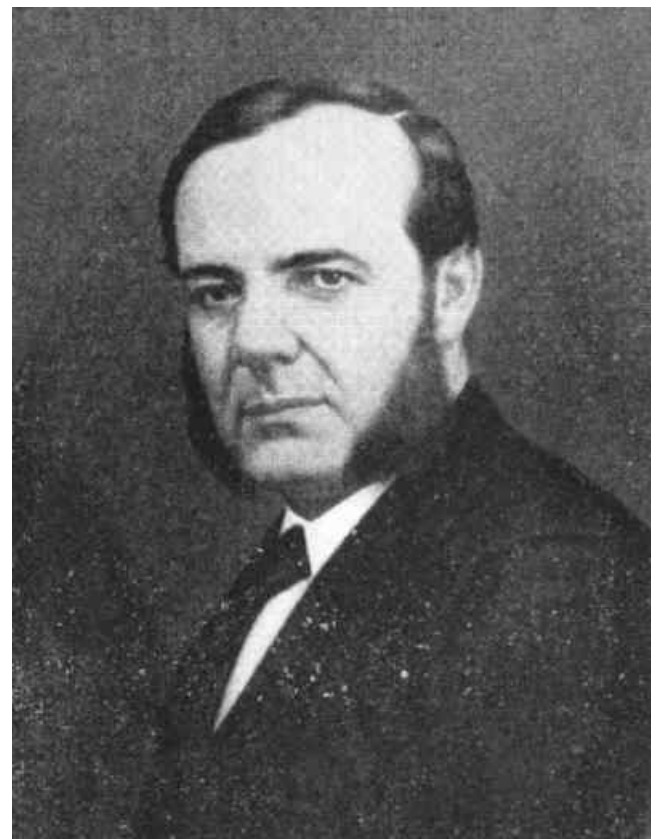
“(...) no encontrando, como no encontramos, más afirmación que ésta, sin que se aclare si tuvieron o no la dirección no podemos titularles directores, a menos que alguien más afortunado que nosotros logre encontrar la documentación precisa. El mismo parecer sustentamos respecto de otros médicos a quienes se coloca en el cuadro de directores, obedeciendo quizá a presunciones erróneas”.⁴²

De estos últimos, se han mencionado a dos grandes personalidades de la medicina mexicana decimonónica: Miguel F. Jiménez e Ignacio Alvarado.

Velasco Ceballos señaló que los primeros médicos contratados por el Ayuntamiento —como ya se ha visto anteriormente—, fueron Felipe Castillo, Juan N. Navarro

y Luis Hidalgo y Carpio, con fecha del 6 de noviembre de 1851 y un pago de 50 pesos mensuales. Posteriormente se nombró como “directores de sala” a Bruno Caso y Néstor Tellechea con el mismo sueldo. Dos años después murió el doctor Castillo y entonces, el presidente de la República, nombró al doctor Ramón Alfaro como el nuevo encargado de esta área.

Velasco Ceballos también hace referencia a un texto de Francisco Sosa en donde el cronista mencionó que el doctor Hidalgo y Carpio fue director del Hospital de 1850 a 1874. Además, dijo que Sosa, en la biografía del doctor José Ma. Barceló y Villagrán, lo ubicó en la dirección del nosocomio en junio de 1863, y concluyó con el comentario de que ambos médicos compartían la dirección al mismo tiempo:



Dr. José María Barceló y Villagrán

⁴⁰ Rivera Cambas, Manuel. *Op. cit.* T. 2. pp. 179-182.

⁴¹ Flores y Troncoso, Francisco A. Flores y Troncoso, Francisco de Asís. *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta nuestros días*. 3 tomos. México. Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento. 1886.

⁴² Velasco Ceballos, Rómulo. *El Hospital Juárez, antes Hospital de San Pablo*. Caridad y Asistencia Pública en México. México. 1934. p. 23.

“En realidad cada médico encargado de sala de San Pablo era director de ella; pero no director del hospital. Sor Micaela Ayans, a quien solía llamarse directora, era la que se entendía con el Ayuntamiento y demás autoridades, aun cuando nada resolviese, como era lógico, en cuestiones médicas”.⁴³

En un documento del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, fechado en 1861, en la nómina de médicos del Hospital, se menciona como directores con un sueldo de 25 pesos, a los doctores Luis Hidalgo y Carpio, Juan N. Navarro y Gabino Bustamante; y con 12.50 pesos a los doctores “Ma. Villagrán, Domingo Calderón, Francisco Lauca y Manuel Alfaro”.⁴⁴

Nuevamente Velasco Ceballos, hacia 1870, mencionó en un documento que se van a llevar a cabo ciertas obras de construcción del área para la beneficencia española, y se estableció que en la firma de ciertos documentos debe hacerse con el “C. Director Médico Primero”; después de ciertas disquisiciones el historiador concluye:



Dr. Luis Hidalgo y Carpio

“Claro está que un documento auténtico borraría toda duda; pero no lo encontramos. Ahora bien: ¿quién fue el primer director? Conjeturamos asimismo que el Dr. Hidalgo Carpio, así por su antigüedad en el establecimiento como por sus personales méritos”.⁴⁵

Luis Hidalgo y Carpio (1818-1879). Fue uno de los médicos más prominentes de su época. Nació en Puebla en 1818, en donde llevó a cabo sus primeros estudios y más tarde, en 1838, se matriculó en el Establecimiento de Ciencias Médicas, graduándose en 1843. Fue miembro de la primera Academia de Medicina, así como miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina en 1864, llegando a ser su presidente en 1867. Seis meses después de haber terminado la carrera fue nombrado profesor de la Escuela de Medicina, donde ocupó las cátedras de patología interna, farmacia, fisiología, clínica interna e inició la medicina legal, de la cual es considerado el fundador de esta especialidad en México. En 1846 formó parte del Cuerpo Médico Militar, llegando a ser jefe de este organismo de 1850 a 1874. Fue miembro del Consejo Superior de Salubridad a partir de 1861. Se opuso a una disposición de Maximiliano, de que los médicos informaran a la policía cuando llegaba un paciente herido por bala o armas punzocortantes, defendiendo con ello el secreto profesional, por lo que escribió el primer libro de *Introducción a la Medicina Legal en México*. Murió el 12 de mayo de 1879 en la ciudad de México.⁴⁶

Muerte de Benito Juárez

A mediados de 1872, la ciudad de México y el resto del país sufren una gran conmoción al enterarse del fallecimiento del presidente de la República, Benito Juárez. Este evento propició que el Hospital Municipal de San Pablo cambiara su nombre por Hospital Juárez.

⁴³ *Ibid.* p. 25.

⁴⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios; Serie: Hospital Juárez, caja 1. Dirección General de los Fondos de Beneficencia. No. 2. Año de 1861. Dirección General de los Fondos de Beneficencia. No. 2. Año de 1861. Expediente 10, foja 5.

⁴⁵ Velasco Ceballos, Rómulo. *Op. cit.* p. 57.

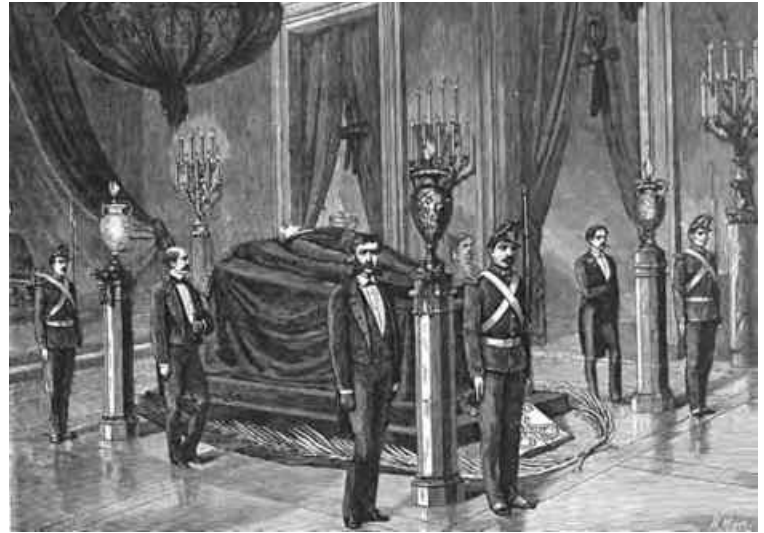
⁴⁶ Aguilar, Gilberto F. *Héroes del dolor*. S.p.i. México. 1946. p. 107.

De manera breve, se hará una somera descripción de este evento, siguiendo los datos aportados por el general Juan Manuel Torres, que presentó ante la Academia Nacional de Historia y Geografía, en 1955.⁴⁷

En el transcurso de ese año de 1872, Juárez había experimentado algunos dolores en el pecho (los primeros síntomas de una angina de pecho), para “aliviarse” acostumbraba bañarse temprano después de ir al bosque de Chapultepec en donde recorría y subía el cerro aprisa para transpirar y así contrarrestar los dolores y “sentirse bien”. Pero el jueves 18 de julio, durante todo el día había tenido un dolor muy agudo en una pierna, y ya entrada la noche sintió dificultad para respirar; pensando que sería pasajero se retiró de su oficina más temprano que de costumbre y se entretuvo a conversar con su familia un rato y se fue a su habitación a acostar. En la noche el malestar aumentaba a cada momento y se presentaban síntomas de ataque al corazón, por lo que se mandó a llamar a sus médicos de cabecera: Gabino Barreda, Rafael Lucio e Ignacio Alvarado, quienes apelaron a todos los recursos terapéuticos de la medicina de la época para resolver el problema sin ningún resultado satisfactorio. El mal continuó y fue tan rápida su evolución que poco después de las once de la noche, Benito Juárez exhaló su último suspiro rodeado de sus hijos y varios amigos.

Al amanecer los estallidos de los cañones anunciaban a los habitantes de la ciudad de México, el fallecimiento del presidente de la República. El cadáver fue conducido al gran salón del Palacio Nacional, en cumplimiento de una ley que no había sido derogada, emitida desde la época colonial cuando fallecía algún virrey.

El 19 de julio de 1872, como primer homenaje al presidente Juárez, el Cabildo Extraordinario de esa fecha aprueba la propuesta del regidor García López, que dice: “Única. Desde esta fecha se denominará el Hospital de San Pablo, Hospital Juárez”.



Funeral de Benito Juárez



Dr. Rafael Lucio

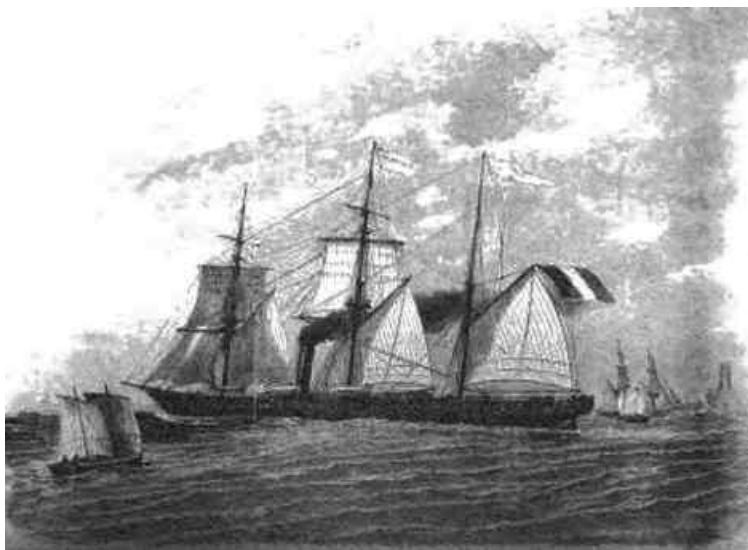


Dr. Gabino Barreda



Dr. Ignacio Alvarado

⁴⁷Torres, Juan Manuel. “El deceso del Presidente Juárez y su entierro”. *Memorias de la Academia Nacional de Historia y Geografía*. México. Año XII, No. 1, Segunda época. 1955.



Salida de Veracruz del vapor "Louisiane" en el que iban las Hermanas de la Caridad, 1875



Dr. Mariano Zúñiga

Epílogo

A la muerte de Benito Juárez asumió la presidencia de la República el licenciado Sebastián Lerdo de Tejada, quien casi 20 años antes, en 1856, había redactado la Ley de Desamortización de Bienes en Manos Muertas o de Corporaciones Civiles y Eclesiásticas, que autorizaba al Gobierno confiscar las propiedades de la Iglesia.⁴⁸

Así, el 14 de diciembre de 1874, basado en las Leyes de Reforma, retomó la propuesta de desaparecer las órdenes religiosas y entre éstas, las de las Hijas de San Vicente de Paul. Se les dio un mes para que decidieran a qué país se irían.

Las Hermanas de la Caridad dejaron el Hospital después de 27 años de servicio heroico y de lucha constante.

En ese periodo se realizó un censo en el país para saber cuántas religiosas de esta orden eran mexicanas y cuántas extranjeras, el resultado arrojó un total de 410 Hermanas, de las cuales 355 eran mexicanas y 55 extranjeras, entre ellas francesas y españolas.

Los últimos días de enero de 1875 se embarcó, en el puerto de Veracruz rumbo a Europa, el primer contingente en el vapor "Louisiane", iban 144 mexicanas, ocho francesas y siete españolas;⁴⁹ estas últimas eran las heroínas del Hospital de San Pablo, al frente de las cuales iba sor Micaela Ayans, que regresaba a su tierra natal para morir tres años más tarde.

Casualmente, el 5 de enero de 1875 se realizó un acto importante en el Hospital Juárez, los médicos del establecimiento elegían al director del nosocomio, con la presencia y el nombramiento oficial del presidente del Ayuntamiento, Higinio Núñez. Resultó designado el doctor Mariano Zúñiga.⁵⁰

Así, con este acto termina la primera etapa de la institución.

⁴⁸ Vázquez-Gómez, Juana. *Op. cit.* p. 256.

⁴⁹ García Cubas, Antonio. *Op. cit.* p. 65.

⁵⁰ Vargas Martínez, Cesar. *Reseña histórica del Hospital Juárez de México*. México. 2002. p. 53.

El Hospital Juárez

1872-1890

Alba Dolores Morales Cosme

En el último tercio del siglo XIX el Hospital, con su nuevo nombre, inició la construcción de un adjetivo que con el tiempo llegó a tener doble significado, apego a la institución que forma y calidad del ejercicio quirúrgico: Juarista.

Su precaria situación económica, reflejada sobre

todo en las instalaciones, no resultó un impedimento para que en su interior se desarrollaran médicos celosos de su deber, quienes dieron al Hospital gran fama por la calidad de los servicios que en él se prestaban.

Apuntalado como el mejor espacio del teatro médico, en la última parte del siglo XIX, los nosocomios



Una de las salas reformadas del Hospital

constituyeron la expresión de la medicina tornada en un aprendizaje práctico a través del cual se procuraba hacer del médico un personaje habilidoso en el campo de la clínica. La situación prevaleciente en esta etapa se muestra particularmente en el terreno de la cirugía donde los médicos mexicanos, tras una larga carrera de casi medio siglo, adquirieron gran seguridad. Sin embargo, los hospitales no encerraron el ejercicio médico al interior de sus puertas. De la mano de las teorías higienistas de la época y de cara a un despunte económico avizorado con el estrenado régimen porfirista, la medicina de esta etapa enunciará los lazos existentes entre las condiciones económicas y las expectativas de salud. Diagnóstico que tuvo una de sus vertientes en el análisis estadístico, institucionalizado en el Hospital en 1888.

Época de crecimiento económico, el porfiriato instrumentó políticas a través de las cuales se dejaba ver el valor concedido a la actividad científica como agente de progreso. En la esfera hospitalaria tal política se manifestó en el interés por dotar de infraestructura



Joaquín Eguía Lis

y mejorar las instalaciones de todos aquellos centros dedicados a la beneficencia pública; ámbito ratificado como tarea de Estado. Dados los rezagos arrastrados en ese campo, la tarea será un escenario de continuas tensiones entre un gremio médico enfrentado con las carencias de los servicios de salud al tiempo que buscaba insertar su ejercicio curativo en el ámbito público.

1. Que imperen los médicos

Reponiéndose de ver a su más eminente paciente transitar “de la vida a la inmortalidad”, Ignacio Alvarado, primer director en Jefe del Hospital y médico de cabecera del Benemérito de la Patria, enfrentó los tres últimos años de su gestión con los cambios impuestos al régimen de Beneficencia Pública.

Radical en la herencia dejada por Juárez, Sebastián Lerdo de Tejada, su sucesor, incorporó a la Constitución las sentencias de la legislación reformista que prohibía toda clase de órdenes monásticas y en 1874 firmó el decreto de expulsión de las Hermanas de la Caridad. Como primer director en Jefe del Hospital, a Alvarado tocó en suerte ser testigo de la partida de las religiosas quienes, con Sor Micaela Ayanz al frente, habían atendido el nosocomio durante 28 años. Joaquín Eguía Lis tomó las riendas de la administración del hospital hasta 1877 cuando fue sustituido por Bernabé de la Santa Cruz.

Otra corporación que también abandonó la institución ese año fue la Sociedad Española de Beneficencia. En abril de 1874 se trasladó a la Ribera de San Cosme, rumbo al que de igual manera se había mudado la Sociedad Francesa de Beneficencia. Con su partida, el espacio que dejaron libre se destinó a las mujeres afectadas por el tifo cuya incidencia se empezaba a intensificar. Preocupado por el brote que comenzaba a tener tintes de epidemia el gobierno del Distrito dispuso que los enfermos de tifo fueran recibidos en el Hospital, para lo cual su administrador, ordenó que se ubicaran en la mitad de la amplia Sala Juárez. Ese nuevo espacio empezó a denominarse Sala Moziño, en honor al médico novohispano José Mariano, uno de los dirigentes de la célebre expedición botánica de finales del siglo XVIII. Posteriormente, las mujeres fueron trasladadas a una nueva sala llamada Escobedo (admirado cirujano de principios de

siglo), que tenía cupo para 24 camas (Romero, 1877: 12). Ambas salas conformaron un nuevo departamento que llegó a sumarse a los cuatro existentes.

Hacerse cargo de los hospitales, hospicios y casas de corrección gravaba las rentas del ayuntamiento; sin embargo, el secretario interino de Gobernación, Cayetano Gómez y Pérez, afirmaba que la beneficencia pública se encontraba bien atendida y merecía “toda la solicitud del gobierno” (*Memoria*, 1874: 119). Su positiva interpretación se extendía hasta el ámbito político cuyos representantes, decían que parecía haberse alejado “de la tendencia que antes había de resolver las diferencias de este género por medio de las armas” (*Memoria*, 1874: 6). Dos años más tarde estallaría la Revuelta de Tuxtepec encabezada por Porfirio Díaz.

Preservar de los vaivenes políticos a las instituciones hospitalarias era una de las condiciones a cumplir a fin de que se pudiera contestar de manera afirmativa la siguiente pregunta hecha por Lauro María Jiménez, médico de San Andrés: “¿La luz de la ciencia ha penetrado con todo su esplendor a los hospitales de la grande capital de México?” No llegaría esa luz, decía el doctor Jiménez, mientras asuntos como el régimen alimenticio o la disposición de los edificios hospitalarios no fueran decididos por los expertos. Ha llegado el tiempo, sentenciaba el doctor Jiménez, de que el médico impere en los hospitales para que dichas instituciones queden a la altura de “nuestra civilización médica”. La sentencia llegaba justo cuando los médicos del Hospital Juárez recibían un nuevo cargo: médico director de hospital (y no de sala) con un sobre sueldo mensual promedio de 5 pesos por el cargo. El hecho, entre otros, significaba el aprendizaje en un nuevo campo: la administración hospitalaria.

Para los directores del Juárez del último tercio del siglo XIX, la tarea era llana: establecer en el Hospital los adelantos que la ciencia médica dictaba para esas instituciones. Contratiempos había muchos: carencias presupuestales, inestabilidad política, sobrecupo de enfermos; aunque el principal enemigo no sólo estaba en casa, era la casa misma: el edificio. La medicina, los médicos y los enfermos parecían las víctimas de esa herencia del antiguo régimen que había depositado la beneficencia en las corporaciones eclesiásticas: “sucede con un hospital formado con las celdas

y corredores cerrados de un convento lo que pasa con una semilla viajera que extraviada en su camino, va a implantarse en tierra y clima que no le son propicios... es un ingerto en un tronco carcomido” (Jiménez, 1874: 185).

Al lado de la teoría de los gérmenes como causa de enfermedad —desarrollada por Pasteur y Koch—, discutida en esa época, prevalecía la noción de los miasmas dañinos que descomponían el ambiente. Circulación



Patio central



Corredor

del aire, abasto de agua, espacios abiertos, prescripción de hacinamientos, así como cambiar hábitos y educar, tanto al personal como al propio paciente, en nuevas prácticas higiénicas eran condiciones necesarias para la salud hospitalaria. Las salas, los jardines, las fuentes; todo podía y debía ser reformado para que el Hospital se integrara a ese nuevo panorama ciudadano que un nuevo régimen llegaba a modernizar fomentando y reglamentando el ámbito de la salud pública.



Ángulo del patio central



Anfiteatro, alrededor de 1930

2. Espacios y servicios

Las continuas obras emprendidas para acondicionar el edificio mantuvieron ocupados a sus administradores, entre ellos a Mariano Zúñiga, director del nosocomio de 1875 a 1877. La modificación más importante ocurrió con la apertura de la Sala Vértiz, identificada como el espacio mejor arreglado y provisto hasta esa fecha. Además, en 1875, se abrió la Sala de enfermedades especiales de la mujer con un fondo otorgado por Ángel González Echeverría, cuyo primer médico fue el recién titulado Adrián Segura.

Sin embargo, las numerosas adecuaciones a la construcción, no habían ocultado su origen monástico. El espacio más estimado era su patio central rodeado de corredores y un jardín "regularmente cultivado". En ese espacio se encontraban las oficinas, portería, comisaría, ropería, sala de operaciones y enfermerías de la sala de Reencargados, San Vicente y Guadalupe en el piso bajo; mientras que las salas Juárez, Vértiz, San Miguel y Dolores en el alto (Romero, 1877: 14).

La sección este del edificio era ocupada, en la parte baja, por las enfermerías de Lazarinos de ambos sexos y en la parte alta por las salas de tifo de hombres y mujeres. El ala oeste albergaba los baños, la cocina, la despensa, los lavaderos, la planchaduría y algunas habitaciones para los empleados. En lo alto se encontraban la Sala Echeverría, la botica, las oficinas administrativas, las habitaciones del administrador y del resto de los empleados del establecimiento. La parte trasera del terreno estaba ocupada por amplios campos sembrados con árboles y plantas, más un anfiteatro de inspección.

Las salas tenían un promedio de 8 metros de ancho por seis de alto. La longitud iba de 22 a 51 metros. Calificadas como exageradas, las dimensiones de las habitaciones daban pie a la aglomeración y al sobrecupo de enfermos. Así por ejemplo, en la sala de San Miguel donde estaban dispuestas 58 camas podían llegar a recibirse hasta 75 pacientes. Sin embargo, el hecho de que el hospital alojara preferentemente heridos, esto es, enfermos cuyo mal no era contagioso, hacía que la aglomeración no derivara en atroces resultados. No obstante, se sufrían brotes de erisipela, podredumbre o pioemia, males asociados al hacinamiento hospitalario. Así, decía uno de los practicantes

del Hospital, esos accidentes no pasaban a mayores dado que el edificio heredado de los agustinos tenía una ventaja: ventilación suficiente, incluso a veces “bastante exagerada” (Romero, 1877: 15).

La ventilación era uno de los problemas higiénicos más preocupantes para la medicina hospitalaria. Detalladas fórmulas que comprendían la aplicación de leyes fisiológicas de la respiración y cálculos para medir la cantidad de oxígeno consumido en ese proceso, se empleaban para establecer las condiciones del aire sano en los nosocomios; principio que hacía necesaria, entre otras, la circunstancia de que hubiera una cama por enfermo para favorecer la circulación del aire. La ventilación, decía el Mayor Médico Cirujano Felipe Larios en un informe al secretario de Gobernación sobre su visita a los hospitales de Francia, era una de las pocas ventajas que tenían los hospitales locales frente a los europeos: bastaba con abrir las ventanas para renovar el aire, inclusive en invierno, situación imposible en aquellas latitudes.

En el caso del Hospital Juárez, las necesidades de ventilación se habían solucionado mediante la apertura de troneras, especie de tragaluz de 15 centímetros cuadrados, destinadas a la entrada del aire que una vez “calentado y viciado por las emanaciones de los enfermos” ascendía y salía por otras situadas a la altura del techo. Algunas salas destinadas a alojar presos tenían, además, cancelas abiertas permanentemente para permitir la vigilancia. Sin embargo, había un contratiempo: las corrientes de aire terminaban por enfermar a los internos situados cerca de la puerta.

Los enfermos eran alojados en camas de fierro de 2 metros de largo por 80 centímetros de ancho. El hierro era el material recomendado para este mueble dado que la madera facilitaba la proliferación de parásitos entre sus juntas. Después de cada cama se abría un espacio de poco más de un metro donde se situaba un buró para colocar los medicamentos. Cada sala estaba provista, además, con un lavamanos y una mesa para uso del médico y los practicantes (Romero, Sotero, 1877: 16).

El hospital contaba con dos baños para hombres y mujeres instalados lejos de las salas de hospitalización por lo que se hacía penoso, a la vez que riesgoso el traslado de los enfermos. Voluminosos intercambios

de correspondencia entre las autoridades y los directores del nosocomio tuvieron como tema la provisión de comunes y baños, necesarios no sólo para la higiene sino para la terapia. Algunos de esos intercambios surtieron fruto ya que en 1880 el hospital empleó parte de su presupuesto en la adquisición de un tinaco de agua caliente, contratado con los señores Finamori y Cía., expertos en hacer calderas de vapor (AHSS, BP, EH, HJ, caja 2, exp. 15). Tres años después, el doctor Adrián Segura solicitó a la Proveduría de Beneficencia la instalación de regaderas de agua fría de alta presión para emplear el método de Fleury en la completa curación del enfermo traumatizado. La petición era avalada por el visitador Rafael Montaña quien afirmaba que “en todo servicio hospitalario la aplicación de baños fríos, de ducha y regadera, son de rigurosa necesidad porque entre los agentes que la medicina emplea en el tratamiento de varias enfermedades está la Hidroterapia como método exclusivo para curar algunas ó como coadyuvante en otras...” (AHSS, BP, EH, HJ, caja 4, exp. 30).

Por otra parte, la disposición de los comunes para que los enfermos depositaran deyecciones y orina era reconocida como foco de infección ya que, en la época de Mariano Zúñiga como director, eran una especie de nichos abiertos en el grosor de las paredes. Los gases productos de la descomposición hacía, además de molesta, nociva la atmósfera de la sala, al



Fachada norte y poniente

causar, por ejemplo, complicaciones en las heridas identificadas entonces como podredumbre de hospital. Algunas salas como la Juárez no tenían inodoros sino una caja-silla de madera cada dos camas donde los enfermos depositaban sus desechos (Romero Sotero, 1877: 17).



Dr. Tobías Núñez



Dr. Manuel Carmona y Valle

La llegada de un paciente era avisada por el portero con tres campanadas a cuyo llamado acudía el practicante de guardia. En caso de tratarse de un herido leve era atendido por el mismo practicante quien estaba autorizado a realizar las llamadas “pequeñas cirugías”. En caso de tratarse de una operación o curación de gravedad daba aviso al médico de turno. El herido era instalado en una cama con ropa de hospital mientras que la suya era resguardada en la ropería. De siete a nueve de la mañana el médico encargado de cada sala realizaba su visita en compañía del practicante quien anotaba en un libro la llamada *ordenata*, el tratamiento y la dieta aconsejada por el médico. Este horario cambió en 1889 cuando Tobías Núñez, entonces a la cabeza del nosocomio, notificó a Manuel Carmona y Valle, Director de la Escuela de Medicina, que, el 29 de abril la Secretaría de Gobernación, había reformado el artículo 26 del Reglamento relativo a las horas en que debían hacer su visita, marcándola de 8 a 10 de la mañana. Los médicos debían firmar diariamente su asistencia y en caso de faltar se les impondría una multa (AHFM, FEMyA, leg. 152, exp. 94).

Los medicamentos indicados eran suministrados por la botica, oficina a cargo de un profesor de farmacia y un practicante. Los remedios eran administrados por los enfermeros mayores quienes también vigilaban la aplicación de los medicamentos de uso externo y la distribución de los alimentos.

El hospital contaba con una comisaría que llevaba los libros de registro de entradas y salidas, así como la correspondencia médico-legal de todos los enfermos. Desde 1867 y por lo menos hasta 1877 la comisaría estuvo a cargo de Marcelino Rivera con cuyo buen desempeño se había conformado una “biblioteca estadística de la más escrupulosa exactitud” (Romero, 1877: 30). Misma que sería la base para el Departamento de Estadística fundado en 1888.

En relación con la alimentación, los internos en el hospital ingerían la siguiente dieta: a las siete de la mañana desayunaban pan y atole. A las 11:30 se servía la comida que constaba de pan, sopa de arroz y carne. La cena, ofrecida a las seis de la tarde, consistía en pan, sopa y atole (AHSS, BP, EH, HJ, caja 2, exp. 17). Como dato adicional respecto a los alimentos, se utilizaba el agua “gorda” para la preparación de tizanas.

Cuestionada por los residuos que parecía contener, la población la consideraba poco sana; sin embargo, había resistido el análisis verificado por Leopoldo Río de la Loza quien demostró su inocuidad y sus propiedades en la alimentación.

La nutrición fue uno de los rubros de mayor escrutinio médico. En unión con las autoridades de la beneficencia, los facultativos delinearon dietas donde el balance entre azoe y carbono daban la medida de lo correcto. Sin embargo, resultaba ser uno de los elementos de la vida cotidiana donde se reflejaba el rezago hospitalario. En San Andrés, decía —casi denunciaba— el doctor Lauro Jiménez se debía mendigar un pan como en cualquier otro lado de la ciudad. Mientras que en la mayoría de los hospitales “el arroz es quebrado, el frijol pequeño, el garbanzo como un alverjon, la carne flaca; rara vez lucen los cristales de la sal de Colima; el chocolate tiene más harina y dulce que cacao, el café no es ciertamente de lo mejor y sucede a veces que las semillas están averiadas” (Jiménez, 1874, 208). Que tan mala no será la alimentación, concluía el mismo galeno, que personas acostumbradas en su pobreza a tolerar malos alimentos, en otras palabras, sin delicadeza en el gusto, se quejaban de ellos.

Para practicantes como Romero Sotero, resultaban infundados los rumores de que en el Hospital Juárez los internos se morían de hambre. Por el contrario, observaba, los adecuados efectos de la dieta se notaban en aquellos enfermos que permanecían más de 15 días en la institución, en cuyo caso no sólo no salían demacrados por la alimentación sino que salían repuestos. “En este mejoramiento debe tenerse también en cuenta la circunstancia de que, siendo generalmente seres que viven en la indigencia, la alimentación que encuentran en el hospital viene a ser más ordenada y de mejor calidad que la que pueden proporcionarse por sí mismos fuera de él...” (Romero, 1877: 25-26).

Considerada como un problema de salud, la adulteración de la comida sería objeto de análisis científico y de formación de comisiones ex profeso en el seno del Consejo Superior de Salubridad, organismo que en el régimen porfirista superó su restringida influencia local para tener jurisdicción federal en la regulación de las prácticas higiénicas tan caras para una nueva



Boticario



Dr. Leopoldo Río de la Loza

élite gobernante que emprendía la construcción de la imagen de una nación encaminada al progreso (Agostoni, 2003).

En 1877, primer año de gobierno de Porfirio Díaz y primero de Maximiliano Galán en la dirección, el Hospital Juárez tenía la siguiente distribución.

Servicio del Hospital, 1877

Departamentos	Nombres de las salas	Médicos	Practicantes	Enfermeros		Afanadores	Número de enfermos
				Mayores	Menores		
Primero	San Vicente	1	2	1	1	2	40
	Guadalupe	1	2		1	2	43
	Reencargados	1	1		1	2	24
Segundo	Juárez	1	1	1	1	1	30
	Vértiz	1	1		1	1	26
Tercero	San Miguel	2	2	1	1	2	58
	Dolores	1	1		1	1	38
Cuarto	Lazarinos			1		1	17
	Lazarinas	1	1		1	1	17
Quinto	Moziño	1	1			2	30
	Escobedo				1	2	24

Fuente: Romero, 1877: 28



Gral. Porfirio Díaz

3. Beneficencia y nuevo régimen

El año de 1877 fue de cambios diversos para la vida de todos los hospitales de la capital y para el país entero ya que iniciaba el primer año del régimen del General Díaz. “Mucha administración y poco gobierno” fue la divisa de su línea política, periodo durante el cual se privilegió la obra pública para hacer notable la presencia de un régimen precisado de legitimación; propósito retratado en la centralización administrativa que caracterizó la época de la llamada paz porfiriana. El ámbito hospitalario fue uno de los primeros escenarios en los que incursionó el nuevo gobierno al considerar que una institución como la Beneficencia Pública era necesaria para hacer frente a las crisis políticas causantes de “escasez de trabajo, falta de inversiones y debilitamiento del espíritu de empresa” (*Memoria*, 1877-1878: 67).

En lo inmediato significó la creación, en ese 1877, de una Junta Directiva de la Beneficencia Pública cuyo propósito era vigilar el buen funcionamiento de los establecimientos bajo su cargo. Con ese propósito se redactaron

reglamentos para regular la conducta de médicos, prefectos y ecónomos.

La junta estaba presidida por el Secretario de Gobernación e integrada por el Presidente del Ayuntamiento y de los Directores de los Establecimientos. Además, se conformó una Proveduría encargada de asegurar el abasto de los establecimientos de beneficencia y evitar las especulaciones ilegales en ese campo (Memoria, 1877, 32. Documento 68). Hacia 1881, además de los avíos necesarios para reponer la despensa, el formulario de petición de la Proveduría incluía alcohol, algodón e hilas (Reglamento de la Proveduría, 1877).

La recién creada Junta de Beneficencia se topó inmediatamente con la realidad hospitalaria. No tardó en lamentar las condiciones en las que recibía los establecimientos, especialmente el Juárez y San Andrés que se encontraban “en un estado verdaderamente desolador”. Tampoco tardó en hacer el diagnóstico: los edificios, no erigidos para el objeto al que estaban dedicados, carecían de las circunstancias que la higiene y la ciencia demandaban. Médicos e ingenieros fueron convocados para presentar proyectos y presupuestos de renovación, los más radicales proponían el cierre de los hospitales existentes para erigir un verdadero hospital general donde los progresos de las ciencias de la salud y del país mismo se reflejaran.

Uno de los rasgos de la política porfirista en el ámbito de la higiene y de la salud pública fue la creciente burocracia dedicada a la regulación de todo espacio relacionado con la modernización urbana. En la tarea trabajaron los médicos en su papel de expertos, así como otros profesionistas, entre ellos los mencionados ingenieros, como Juan N. Anza, quienes también formaban parte de la nómina de la Dirección General de Beneficencia. Pronto se tejieron lazos entre los discursos científicos de la medicina y la centralización política emprendida por el Estado (Agostoni, 2003).

Mientras tanto, la circunstancia de un nuevo régimen abría perspectivas para los establecimientos hospitalarios siempre afectados por la escasez de fondos. Los facultativos y los directivos del Hospital celebraron la posibilidad de presenciar “una época de progreso que jamás habíamos visto”, así como el “grande interés” del gobierno por emprender obras; de manera



Hospital de San Andrés

que las décadas siguientes serían de modificaciones constantes a la planta del Hospital (AGN, Gobernación, 4ª. Sección, caja 882 [1], exp. 1 [n. 3]).

Uno de los primeros espacios en recibir atención fue el departamento de enfermas de tifo. Las salas carecían de condiciones higiénicas por lo que, en 1877, se inició un proyecto para acondicionar un pabellón destinado a sustituirlas. Ese nuevo espacio constituyó un quinto departamento atendido gratuitamente por el doctor Maximiliano Galán. Ahí, el médico cubano realizó estudios sobre el tifo desarrollando un tratamiento objeto primero de críticas y después de reconocimiento

Cuerpo médico del Hospital Juárez, 1878

Nombre	Sueldo quincenal
Director Maximiliano Galán	25.00
Aurelio Garza	20.00
Tobías Núñez	20.00
Joaquín Gómez	20.00
Joaquín Vertiz	20.00
Juan Collantes	20.00
Antonio Velasco	20.00
Ricardo Egea y Galindo	20.00
Joaquín Crespo	20.00

Fuente: AHSS, BP, EH, HJ, Caja 1, exp. 27



Dr. Juan Collantes y Buenrostro



Dr. Antonio Velasco

(Romero, 1877: 29). Se trataba de un régimen tónico y excitante unido a una dieta específica.

Otra de las obras que involucraron a los directivos del hospital y a las autoridades de beneficencia fue la construcción de un pozo artesiano proyectado para abastecer de agua al nosocomio. La ocasión para emprenderlo se presentó en 1878 cuando oficialmente se inauguraron nuevos espacios, entre ellos la sala Josefa Ortiz, Corregidora de Querétaro. A la inauguración acudió el Presidente de la República acompañado de su Ministro de Fomento y del Gobernador del Distrito. Consciente de que la falta de agua era uno de los principales problemas de higiene, el Ministro prometió, de manera espontánea, gestionar la obra. La promesa y su carácter de espontáneo fueron constantemente recordados por los administradores del hospital. El pozo que debía tener 150 varas de profundidad y rendir 15 jarras de agua por día enfrentó múltiples contratiempos que se vieron acentuados cuando el ministro de la promesa espontánea se separó del cargo y los contratistas dejaron de avanzar al descubrir que en el lugar elegido para la construcción estaban los cimientos de los arcos del patio principal (AHSS, BP, EH, HJ, caja 2, exp. 10). La obra, proyectada para terminarse en seis meses, continuó durante la siguiente década ocupando gran parte de los fondos y de las labores de vigilancia presupuestal de los administradores.

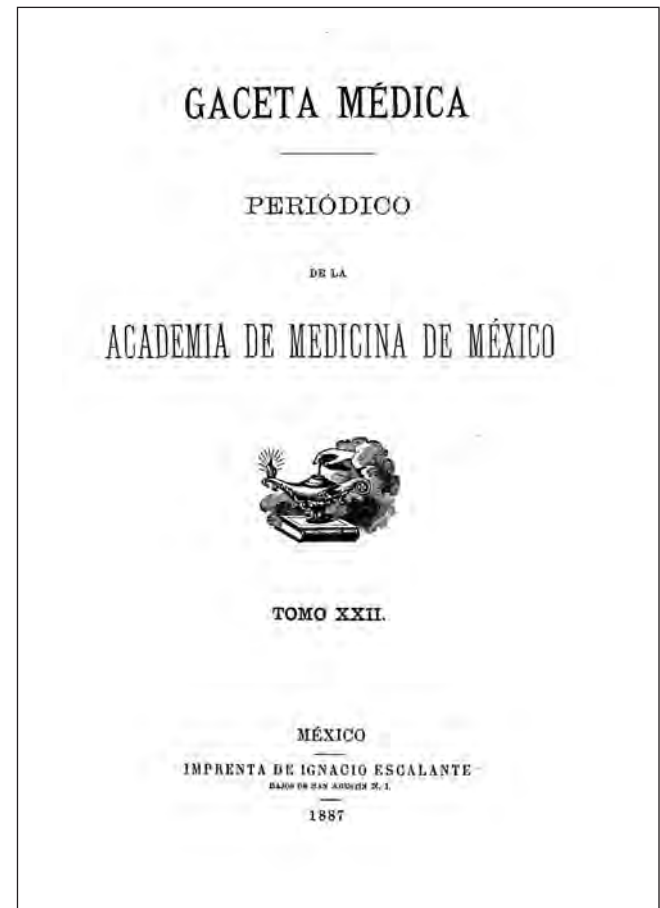
4. Beneficencia, alimentos y farmacia

En 1880, la Dirección General de Beneficencia propuso reglamentar los botiquines a través de un almacén o farmacia central cuya principal tarea sería asegurar el surtimiento de medicinas para remediar carencias y evitar los abusos en el ramo. Justo ese año, el boticario del Hospital Juárez, José Rodríguez Puebla, fue turnado a la autoridad correspondiente por "abuso y malversación de fondos". En una visita practicada por la Dirección se encontró que los pedidos hechos por el farmacéutico no correspondían con las existencias (AHSS, BP, EH, HJ, caja 2, exp. 6). En aras de cuidar la economía y la moralidad de los empleados adscritos al ramo, la Beneficencia procedió penalmente y lo separó del cargo. El farmacéutico fue sustituido por Francisco F. Liz.

La provisión de alimentos y medicamentos fueron dos de los aspectos que la Dirección de Beneficencia se propuso vigilar y controlar. En la ciudad, la adulteración de alimentos constituía un problema de salud que se intentó vigilar a través de la Comisión especial del Consejo Superior de Salubridad. La mala calidad, pero sobre todo la escasa cantidad de los alimentos era una queja recurrente tanto de los internos como de los trabajadores de los hospitales y daba pie a constantes visitas de inspección realizadas por la Dirección de Beneficencia.

Además de ser un asunto de salud, la alimentación se tornaba en un problema científico ya que el régimen alimenticio formaba parte del tratamiento y del diagnóstico. Una dieta balanceada debía contener las cantidades necesarias de azoe y carbono. De ahí que el pan duro, el vino rancio o la leche adulterada afectarían la recuperación del enfermo o la elaboración de los preparados farmacéuticos (AHSS, BP, EH, HJ, caja 2, exp. 3; caja 5, exp. 3). Estos temas interesaban a algunos médicos del Juárez como Luis E. Ruiz quien publicó en la *Gaceta Médica de México* varias contribuciones en torno al análisis químico de diversos alimentos para detectar alteraciones; o bien para distinguir entre el agua utilizable y la infectada, para lo cual realizó un análisis macro y microscópico (Ruiz, 1887; 1888).

Una circular emitida el 13 de diciembre de 1881, por la Secretaría de Gobernación vinculó la regulación alimentaria con la farmacéutica. La circular ordenaba que los responsables de los botiquines analizaran todos los alimentos, particularmente la leche, antes de ser administrados a los enfermos (AGN, Gobernación, Secc. 4ª., Caja 881 [1], Exp. 3, [n. 37]). La orden dio pie para que los farmacéuticos evidenciaran carencias materiales y de instrucción. En un disimulado reclamo al Ministerio de Gobernación, los boticarios de los hospitales Morelos, San Andrés y Juárez se decían dispuestos a realizar la tarea siempre que fueran provistos de los utensilios adecuados para el análisis y se les apoyara con la contratación de un ayudante a fin de que dispusieran de tiempo para hacer los preparados magistrales, suministrar los medicamentos y no descuidar la contabilidad de la oficina. Sin embargo, ofrecían una solución para que “la idea sublime de



Gaceta Médica de México, 1887



Botica Esesarte, Oaxaca, actualmente en el Museo de la Medicina Mexicana, Facultad de Medicina, UNAM

garantizar la pureza de los alimentos que se administran a los enfermos o asilados”, se pudiera llevar a cabo: recurrir al encargado del Almacén Central de Farmacia quien poseía un laboratorio de química con todos los aparatos necesarios. En caso de que el encargado del botiquín central no pudiera hacer lo que le correspondía podría, sugerían, pagar de su propio peculio a la persona idónea.

La respuesta de los boticarios deja ver un reproche hacia el Almacén que para la beneficencia constituía un “título de gloria para el gobierno”; pero para el hospital era el origen de sus constantes quejas sobre el escaso y retrasado surtimiento que orillaba, por ejemplo, a romper sábanas para improvisar vendas. Otro inconveniente menos grave pero no banal era que el hospital debía mandar mozos para recoger las medicinas en lugar de que fueran enviados por el Almacén (AHSS, BP, EH, HJ), caja 1, exp. 23). El inconveniente radicaba en que los mozos se embriagaban y terminaban por perder los surtimientos. En contraparte, el Almacén censuraba los pedidos excesivos del hospital, particularmente en lo que hacía a algodón salicilado y curación de Lister (AHSS, BP, EH, HJ), caja 5, exp. 20).

Centralizar el abasto de medicamentos hizo escasos los contactos comerciales de la botica del Hospital con otras oficinas de su mismo tipo. En contadas pero

constantes ocasiones la institución debió recurrir al establecimiento de Leopoldo Río de la Loza para el surtimiento de algunos efectos medicinales. A nivel institucional la botica del Hospital despachaba los preparados farmacéuticos solicitados por la Escuela Correccional de Artes y Oficios (AHSS, BP, EH, HJ), caja 5, exp. 14).

Por otra parte, el caso relatado expone el cambio en la farmacia ocasionado por la introducción de la medicina de patente cuya puesta en circulación obligaba a realizar el análisis químico para conocer las propiedades del medicamento. Roberto Núñez, representante de la Sección 4ª. de la Secretaría de Gobernación, aseguraba que la oposición de los farmacéuticos a la circular radicaba en la impericia, “pues todos ellos son prácticos y por lo mismo los análisis que hagan no producirán el objeto deseado”. Los farmacéuticos de la época reconocían las desventajas de su escasa formación para el estudio de los llamados medicamentos secretos o de patente cuya creciente aceptación los desplazaba comercialmente. Sin embargo, la impericia alcanzaba al médico. Uno de los propósitos de la Farmacia Central fue evitar los abusos de los facultativos en la solicitud de medicinas de patente, “abuso incomprensible en el hombre científico que al propinar una medicina debe conocer sus efectos, lo cual es imposible obtener con sustancias desconocidas y cuya preparación es secreta” (*Memoria*, 1879-1880: 413).

En vista de la polémica generada, que ya tomaba tintes de conflicto, el mismo Díaz tuvo que intervenir otorgando a la Comisión respectiva del Consejo de Salubridad, así como el Inspector de Bebidas y Comestibles, la facultad de practicar visitas a los establecimientos de beneficencia, cuando lo consideraran oportuno para analizar los alimentos suministrados.

En los últimos años de Maximiliano Galán al frente de la Dirección, las salas San Vicente y Guadalupe cambiaron sus nombres por Ortega y Jiménez. Años atrás, en 1874, se habían abierto los espacios denominados Sala Moziño y Escobedo. La política de sustituir los nombres de santos por los de médicos a los que el Hospital rendía homenaje, ilustra el afán por apropiarse de una tradición médica a la que con paso firme contribuía a forjar. Además, expone la de secularización de los espacios hospitalarios, proceso que



Antigua farmacia Balvey, Cardedeu, Cataluña

se correspondía con la secularización de los lugares públicos como parte del orden moderno impuesto a la ciudad, esa tendencia encontraría su mejor expresión durante la gestión de Adrián Segura cuando las salas empiecen a ser identificadas con números pocos.

5. Las obras de Segura

En 1881, la Dirección General de Beneficencia quedó sujeta a la Secretaría de Gobernación dentro de la cual pasó a conformar una sección. Entre sus primeras disposiciones se encuentra la emisión de una circular para solicitar detallada noticia de los empleados y habitaciones que ocupaban. La respuesta del entonces director Adrián Segura, dejaba ver las razones por las cuales su periodo al frente del hospital se caracterizó por las obras emprendidas.

“El prefecto de este establecimiento, describía Segura, duerme en un cuarto interior en donde tiene también el Despacho de la Prefectura.

El Ecónomo vive con el Portero en la cobacha que está debajo de la escalera.

El practicante de guarda y el guarda instrumentos viven en un solo cuarto con ventana al anfiteatro.

Los dos farmacéuticos en un cuarto frente a la Botica.

El guardarropa duerme en la guardarropa, pieza muy húmeda y malsana.

Todos los enfermeros mayores, con excepción de las salas número 1 y 2 que duermen en el cuartito *ad hoc* de esta última sala, duermen o en los corredores en cuartitos formados con tablas, o dentro de las salas en una de las camas de los enfermos.

Los enfermeros menores duermen en el suelo en un petate.

Las cocineras duermen en la cocina. Las lavanderas duermen en la antigua sala Josefa Ortiz.

Los mozos en un cuarto oscuro junto al Departamento de los lazarinos”.

El director afirmaba que las condiciones de sus trabajadores cambiarían cuando se concluyeran las obras, con las cuales tendrían habitaciones “si no decentes, al menos cómodas e higiénicas” [AGN, Gobernación, Secc. 4ª., Caja 881 [1], Exp. 1 [n. 20]].

En octubre de 1880, Adrián Segura pasó a ocupar la dirección en sustitución del doctor Antonio Velasco, luego de dos procesos de elección que debieron celebrarse por la impugnación que hizo la Junta Superior de Beneficencia al rechazar que los practicantes tuvieran derecho a votar [AHSS, BP, EH, H], caja 2, exp. 14; exp. 24]. Adrián Segura, además, debió ser convencido por sus compañeros para aceptar el puesto que rechazaba al considerar que la Dirección de Beneficencia le guardaba cierta hostilidad. En la sesión el doctor Egea aseguraba que la percepción de Segura tenía fundamento ya que la Junta demostraba una constante oposición a los Directores del Juárez. Pocos meses antes, Segura había regresado de Europa en donde fungió como Secretario de la Legación de México en Alemania por mandato del Presidente de la República. Para aceptar esa comisión solicitó permiso para dejar la Sala González Echeverría que atendía gratuitamente. Al regresar, pidió ser restituido en la sala que para entonces había abandonado el hospital



Dr. Adrián Segura

a instancias de los albaceas del benefactor quienes contrataron al doctor Pablo Martínez del Río. Los albaceas entablaron una controversia con el médico que exigía su puesto. La Dirección de Beneficencia falló a favor de Segura, pero cinco años después, por lo que

Cuerpo médico del Hospital Juárez, 1881

Médico	Sueldo quincenal
Director Adrián Segura	25.00
Joaquín Gómez	20.00
Maximiliano Galán	20.00
Joaquín Vértiz	20.00
Juan Collantes	20.00
Antonio Velasco	20.00
Tobías Núñez	20.00
Aurelio Garza	20.00
Ricardo Egea	20.00
Porfirio Parra	20.00

Fuente: AHSS, BP, EH, HJ, caja 3, exp. 1881



Dr. Maximiliano Galán

al momento de ascender a director del hospital estaba vigente el pleito en el que seguramente sentía la falta de apoyo de la Junta, a pesar de ratificar el ofrecimiento de atender el gratuitamente la sala; es decir, sin cobrar los 40 pesos que percibía Martínez del Río.

El nuevo director impulsó la serie de reformas a la planta física del hospital más importantes hasta entonces, en buena medida apoyado por el presidente Manuel González, durante cuya gestión se aprobó el presupuesto para la construcción de un Hospital General que en algún momento se pensó podría tener como sede el Hospital Juárez.

Entre las reformas que gestionó el doctor Segura, destacan las obras para tapiar el anfiteatro que daba hacia la calle, circunstancia aprovechada por la servidumbre para extraer objetos del Hospital o bien introducir armas y bebidas embriagantes; además, resultaba el lugar idóneo para que presos y soldados se fugaran de la institución. Asimismo, logró que se compraran nuevos ataúdes para los cadáveres, puesto que en ocasiones permanecían varios días en las instalaciones del Hospital a disposición de ratas y gatos que los consideraban parte del menú (AHSS, BP, EH, HJ, caja 3, exp. 19; Velasco, 1947: 74). Amplió y reparó las salas "San Miguel" y "Dolores" e hizo desaparecer los azolves de la acequia que limitaba los terrenos del Hospital, pues impedían el desagüe de los albañales del establecimiento. Para emprender su plan de reforma física al edificio, el doctor Segura solicitó el plano del Hospital que se encontraba en el archivo de la extinta Beneficencia. De acuerdo con los datos que tenía el plano había sido proyectado por Antonio Torres Torrija o Juan Cardona o Francisco Vera (AHSS, BP, EH, HJ, caja 3, exp. 18).

Amén de las reparaciones parciales, elaboró un proyecto de reconstrucción general del edificio, que al pasar al Consejo de Salubridad para su aprobación fue rechazado, pues aunque lograba mejorar las condiciones del nosocomio, no alcanzaba a satisfacer los preceptos que la higiene moderna dictaba para ese tipo de establecimientos.¹

A finales del siglo XIX los hospitales estaban en plena

¹ Los pormenores del proyecto y la crítica del Consejo Superior de Salubridad puede consultarse en Velasco (1947) y Del Olmo (1999).

tela de juicio. Los críticos más radicales cuestionaban su conveniencia tanto en el aspecto económico como asistencial, ya que las continuas remodelaciones que necesitaban representaban una constante sangría para el erario público. ¿Será justo inmovilizar fuertes capitales en elevar esos grandes monumentos de piedra, orgullo de la caridad, en cuya fundación y conservación se gastan sumas considerables?” preguntaba A. Reyes, vocal del Consejo Superior de Salubridad al Secretario de Gobernación (AGN, Gobernación, 4ª. Sección, caja 882 [1], exp. 1 [n. 3]).

Los hospitales, además, eran acusados de ocasionar grandes dolores morales al obligar al enfermo a abandonar su casa, dejándolo aislado de todo afecto, en manos de personas que no actuaban por caridad sino por ganarse la vida. Obligados a ver escenas de dolor, se les “exige hasta la pérdida de su individualidad” porque al ingresar al nosocomio dejaban de ser llamados por su nombre para ser identificados por el número de cama ocupada. Ser atendidos en su casa, o bien respaldar los novedosos consultorios públicos, como el establecido en San Andrés, parecían mejor opción para contrarrestar “la repugnancia tan general que tiene nuestro pueblo por las casas hospitalarias” (AGN, Gobernación, 4ª. Sección, caja 882 [1], exp. 1 [n. 3]).

La Dirección de Beneficencia y el Consejo Superior de Salubridad no quitaron el dedo del renglón para emprender dos grandes obras: un hospital general que desplazara a los vetustos existentes y un manicomio general, cuyas puertas se abrieron en 1905.

Sin embargo, Adrián Segura no podía esperar otros proyectos, de manera que continuó con su programa de mejoras físicas al nosocomio. Algunas de las obras realizadas en este periodo fueron emprendidas en conjunto con el Establecimiento de Ciencias Médicas, corporación interesada en el acondicionamiento de los espacios para sus estudiantes. En el Juárez los alumnos de segundo año en adelante cursaban la cátedra de clínica externa de enero a octubre. La Sala de San Miguel, al mando de Antonio Velasco servía de sede para la cátedra de clínica interna. Al finalizar los cursos, el Director del Hospital expedía o avalaba las certificaciones donde constaba el aprovechamiento del alumno.

A pesar del servicio ofrecido por los hospitales de la

Cuerpo médico del Hospital Juárez, 1882

Médico	Sueldo quincenal
Director Adrián Segura	20.00
Maximiliano Galán	20.00
Juan Collantes	20.00
Joaquín Gómez	20.00
Joaquín Vértiz	20.00
Antonio Velasco	20.00
Tobías Núñez	20.00
Aurelio Garza	20.00
Ricardo Egea	20.00
Ricardo Rivera suplente del. C. Porfirio Parra	20.00

Fuente: AHSS, BP, EH, HJ, caja 4, exp. 5

ciudad, la Escuela no dejaba de lamentar la falta de un hospital propio, carencia que representaba “uno de los inconvenientes con que siempre ha trabajado la enseñanza de la clínica (AHFM, FEMyA, leg. 144, exp. 18). No obstante el lamento, la Escuela y los hospitales colaboraron estrechamente incluso para la disposición de espacios físicos.

Tal fue el caso del acondicionamiento de la sala de clínica externa utilizada como aula para los alumnos de cuarto año. Los trabajos tenían como objetivo adecuar los espacios para que al efectuarse alguna intervención quirúrgica los alumnos la presenciaran sin estorbarse entre ellos y sin obstruir el paso de la luz. Dado que la obra ascendía a mil pesos, el Presidente de la República solicitó los detalles del presupuesto (AHFM, FEMyA, leg. 148, exp. 74).

En el Hospital los practicantes tuvieron la oportunidad de hacerse de una notable experiencia en el tratamiento de los traumatismos y en los casos de medicina legal. Al respecto Tobías Núñez afirmaba: “Es difícil encontrar un teatro más vasto que nuestro país para estudiar toda clase de heridas; nuestras guerras intestinas ofrecen a los médicos militares, la ocasión de estudiar sobre todo las heridas por armas de fuego, y la poca o ninguna moralidad de nuestro pueblo bajo, nos presenta á los médicos que practicamos en el Hospital Juárez, la ocasión de estudiar, sobre todo, las heridas

por instrumentos cortantes y punzantes” (Núñez, 1878).

Parte de esa experiencia integró el libro *Medicina legal Mexicana* que en 1878 publicaron conjuntamente Luis Hidalgo Carpio y Gustavo Ruiz y Sandoval, ambos médicos, en distintos momentos, del Juárez. De acuerdo con Juan Calixto Oxamendi, médico cubano, se trataba del mejor libro que sobre la materia se hubiera publicado en español en América (*Academia de Medicina de México*, 1879: 37-40).

El afán de saber tenía algunos excesos como el ocurrido en 1879. En ese año se discutía “una grave cuestión de actualidad”, saber si una herida en la región anterior lateral del cuello pudo ser autoinfringida como se había determinado en un caso. Para averiguarlo, los practicantes dispararon a un cadáver. Rumores llegaron a la Junta de Beneficencia, organismo que puso en manos del doctor Lavista indagar si era cierto que los practicantes jugaban al blanco con los cadáveres. Lavista no dudó en calificar de infundados los rumores originados, sospechaba, en unos lavaderos contiguos al anfiteatro, cuyas concurrentes bien podían haber confundido los ruidos de las labores propias del hospital (en otras palabras, que el doctor no emitió, se trataba de un chisme de lavadero). Convencido de que los médicos de cárcel sólo querían hacer un ejercicio práctico de las lesiones provocadas por un arma de fuego, el doctor recomendó resanar las paredes del anfiteatro para evitar que los orificios recientes, así como otros que no lo eran tanto, dieran pie a suspicacias (AHSS, BPEH, HJ, Caja 2, exp. 3).

6. Necesidades del Hospital: la ropa

En 1887 el Director de Beneficencia decía: “Muy satisfactorio es el estado en que se encuentra el Hospital tanto en su servicio médico como en el administrativo según pude verificarlo en esta y otras veces pero todo se desluce con la falta de la ropa más indispensable.” El mal reconocido por Miguel Alvarado generó abundante correspondencia entre la institución y la oficina de la que dependía. Los tonos de solicitud iban desde el reclamo por el abandono hasta el desconsuelo por saber que a pesar de los “miles de sacrificios” que se hacían en el hospital apenas podía tenerse a los enfermos “lo menos mal posible” (AGN, Gobernación Sección 4ª., Caja 882 [1], exp. 1, n. 18).

En 1882, circuló una minuta a través de la cual el Presidente de la República disponía que la ropa de los hospitales se comprara al mayoreo por conducto del visitador y del encargado de la proveeduría, ese mismo personaje debería hacer un balance cada cuatro meses de las existencias materiales para proveer lo conducente. Alvarado realizó esta tarea en la que rindió un informe sobre la cantidad de ropa que necesitaban en un año los establecimientos que dependían de esa oficina. En el listado de Alvarado se desechaban las batas para internas y se sustituían con rebozos y enaguas, “considerando que las enfermas á quienes sirvan están acostumbradas al uso de estas prendas y al abrigo de la cabeza, lo cual se consigue con las piezas concedidas...” Además, consideró la provisión de toallas, prenda que ningún hospital solicitó a pesar de ser indispensable para los médicos.

El problema de la ropa era de tal dimensión que las autoridades de la beneficencia solicitaron una consulta a los agentes comerciales establecidos en Europa para que informaran los usos y costumbres de los hospitales de aquellas latitudes. Traer la ropa de Europa parecía más atractivo porque el ramo no pagaba derechos de introducción y se podían obtener descuentos al comprar directamente de fábrica. De no ser posible, las autoridades tenían otra opción: confiar la tarea a las escuelas de artes y oficios para que proveyeran la ropa necesaria a la manera en que el Almacén y laboratorio central había “mejorado la calidad y la provisión de los medicamentos” (AGN, Gobernación, Sección 4ª., caja 882 [1], exp. 1, [n. 18] fs.2-19v).

De Europa llegaron las observaciones del Mayor Médico Cirujano Felipe Larios quien dio detallada nota del Hospital Val de Grace, sobre todo en relación a la que consideraba la prenda más importante de un nosocomio: la cama, “mueble por el que los franceses no perdonan ningún sacrificio”, y por el que incluso aceptaban ir a un hospital; porque, resaltaba, en Francia los hospitales no eran sólo para las personas reducidas a la miseria, como ocurría en nuestro país donde se olvidaba que los hospitales no eran lugar de castigo sino de refugio. La cama, recordaba, es el único mueble del que hace uso un enfermo en el hospital y justo el elemento que en los hospitales de la capital dejaba más que desear. “Es su cama su único medio de

reposo, es su cama uno de los más poderosos recursos terapéuticos de que el médico dispone... Son las malas camas el foco más terrible de infección, son el abrigo de todos los parásitos humanos y son uno de tantos medios de transmisión de los virus". En resumen, las camas bien dispuestas en un hospital evidenciaban el respeto por el sufrimiento del enfermo e indicaba el elevado sentido moral de sus administradores (AGN, Gobernación, Sección 4ª, caja 882 [1], exp. 1, [n. 18] fs.49-57v).

Las camas francesas, además, tenían un aditamento que permitía poner una cortina para aislar al enfermo en las revisiones. Este aditamento había dado pie a discusiones por parte de los higienistas quienes veían en las cortinas un depósito de microbios; sin embargo, la gran diferencia entre las camas francesas y las utilizadas en el país era el *sommier*, especie de soporte flexible colocado debajo del colchón. Gran comodidad si se comparaba con el colchón tradicional de paja, manufactura que resultaba demasiado dura, pero que al mismo tiempo se rompía con facilidad, adquiría mal olor, producía polvo al moverse y alojaba fácilmente toda clase de inmundicias. Detalles a lamentar si se toma en cuenta que en Europa el colchón de paja podía usarse como *sommier*, mientras que aquí era el único colchón, transformando en insostenible el reposo al que se veía obligado el enfermo.

Mientras esas noticias llegaban, Adrián Segura, Director del Hospital en 1882, turnaba al Secretario de Gobernación la noticia de la ropa que se necesitaba de manera urgente ya que numerosos enfermos se



Otra sala con notable mejoría

encontraban en el suelo recostados sobre un petate y con una sábana por todo abrigo, olvidando que el Juárez era un hospital de sangre y que los heridos sufrían calosfríos en el curso del traumatismo (AGN, Gobernación Sección 4ª, Caja 882 [1], exp. 1, n. 18).

Un año después, diciembre de 1883, Juan Collantes y Buenrostro, recién elegido director del Juárez, insistió sobre las necesidades del Hospital enlistadas en un inventario que remitió al Secretario de Gobernación. Los cálculos se hacían sobre la base de considerar la estancia de un máximo de 500 enfermos (70 por ciento hombres) y una sola muda de ropa para cada uno de ellos.

Inventario de necesidades, 1883

Artículo	Se requieren	Existen	Faltan
Almohadas	1,000	16	984
Camisas	1,000	552	448
Colchones	500	0	500
Enaguas	400	0	400
Frazadas	500	622	0
Sobre fundas de almohadas	2,000	0	2,000
Sábanas	2,000	300	1,700
Sobre camas	500	0	500

Fuente: AGN, Gobernación 4ª Sección, v. 885(1), exp. 2



Cartel de la corrida de toros

Los números y los argumentos lograron que la proveyeduría de Beneficencia entregara, en septiembre de 1885, 450 camisas de hombres, 200 de mujer, 200 enaguas y 100 frazadas de lana; suministro que se insertaba dentro del marco de los festejos de la independencia según lo manifestaba Juan de Dios Peza, entonces director de Beneficencia, al ministro de Gobernación.

Sin embargo, una entrega no hacía verano y las necesidades del Hospital continuaron mientras que el erario de la Dirección no permitía más que hacer presupuestos para evaluarlos. Algunos años el Hospital podía solventar sus necesidades materiales con donativos. En agosto de 1885, la institución recibió 400 pesos producto de una función teatral en beneficio de los hospitales. Con ese dinero se confeccionaron 923 camisas con las que se pudo aliviar el inconveniente de tener a los enfermos desnudos mientras se lavaba la ropa, aunque continuaba otro lastimoso mal: hacerlos dormir sobre las tablas de las camas por carecer de colchones (AGN, Gobernación 4ª Sección, v. 885 [1], exp. 2).

La organización de funciones públicas constituyó una manera alternativa de hacerse de fondos. Así por ejemplo, en 1883, los estudiantes del Hospital organizaron una corrida de toros en la plaza de Huizachal, cuyas entradas fueron administradas por la Dirección de Beneficencia. Trámites largos ocuparon a los directivos del hospital para que después fluyeran los fondos. A finales de ese año, Juan Collantes, director en turno, mandó una lista de los instrumentos quirúrgicos que planeaba comprar con los recursos obtenidos de la corrida taurina.

La llegada de Collantes significó el inicio de una remodelación diferente para el Hospital. En 1884, se emprendió el proyecto de conformar un jardín en la plazuela del frente para higiene y decoro tanto del nosocomio como del barrio. Este propósito vinculó al Hospital con otra institución importante, la Escuela de Agricultura que le envió a la institución, entre otros, 100 eucaliptos, 25 truenos y semillas de diferentes flores (AHSS, BP, EH, HJ, Caja 5, exp. 4).

Otra manera de hacerse de fondos fueron las cada vez más excepcionales donaciones particulares. Una de las más notables fue la realizada por Ignacio Pombo, médico y antiguo diputado al Congreso de la Unión en 1877. En 1889, Pombo donó para los enfermos contagiosos 100 camisas y 100 calzoncillos de manta; donativo al que después se sumaron las 150 frazadas de borra otorgadas por la Junta Patriótica de la Primera Demarcación.

Podría considerarse que el abastecimiento de ropa era una parte de la vida rutinaria del hospital, pero si se reconoce que se trata de una etapa en la que el concepto de higiene tiene gran relevancia, se puede entender que la renovación e incluso modernización de los hospitales pasara por la adecuada provisión de sus necesidades.

Uno de esos signos de modernidad lo constituían los avances tecnológicos de la época, entre los más sorprendentes, el teléfono, que a los hospitales empezó a llegar en 1882 (AGN, Gobernación, Sección 4ª, caja 882 [1], exp. 1 [n. 24]). Al Juárez llegó más tarde, porque cuando en ese año la beneficencia solicitó a los hospitales pagar su recibo telefónico, el Hospital contestó que lo haría si tuvieran uno. Artículos publicados en la *Gaceta Médica de México* avizoraban las

aplicaciones médicas del aparato. Algunos facultativos situados en París, se ejemplificaba, otros en Lyon y otros más en Montpellier podrían escuchar a través del teléfono los latidos del corazón de un enfermo acostado en Nantes. Así, “los príncipes de la ciencia” podrían hacer su diagnóstico sin moverse [Academia Nacional de Medicina de México, 1878]. El contexto local ofrecía aplicaciones más prácticas, en 1890, a instancias de la Escuela de Medicina se ordenó al Comisario del Hospital que “tan luego como haya un cadáver que no tenga deudos ó al menos no sea reclamado sin ser de enfermedades infecciosas ó contagiosas por conducto del mozo que diariamente viene de esa Escuela á recoger la firma ó por el teléfono dé inmediatamente aviso para que el carro pase á recogerlo” (FEMyA, Leg. 150, exp. 17, 1890).

Otros instrumentos representaban la modernidad clínica y hospitalaria, algunos vinculados de manera inmediata al ejercicio médico como el estetoscopio y el termómetro que se perfeccionaban; otros relacionados más bien con facilitar la vida hospitalaria, por ejemplo, las novedosas máquinas de lavar la ropa, aparatos cuyo conocimiento mereció enviar comisionados especiales a Europa para establecer sus ventajas económicas (AGN, Gobernación Sección 4ª, caja 882 [1], exp. 1, n. 21, fs. 1-30; f. 51). Aparatos como el microscopio abrían novedosas perspectivas epistemológicas y nuevos campos de trabajo al dar la posibilidad de

Cuerpo médico del Hospital Juárez, 1883

Médico	Sueldo quincenal
Director Juan Collantes	25.00
Maximiliano Galán	20.00
Adrián Segura	20.00
Joaquín Gómez	20.00
Joaquín Vértiz	20.00
Antonio Velasco	20.00
Tobías Núñez	20.00
Aurelio Garza	20.00
Ricardo Egea y Galindo	20.00
Carlos Esparza	20.00

Fuente: AHSS, BP, EH, HJ, Caja 4, exp. 28.

Instrumentos quirúrgicos necesarios en el Hospital, 1883

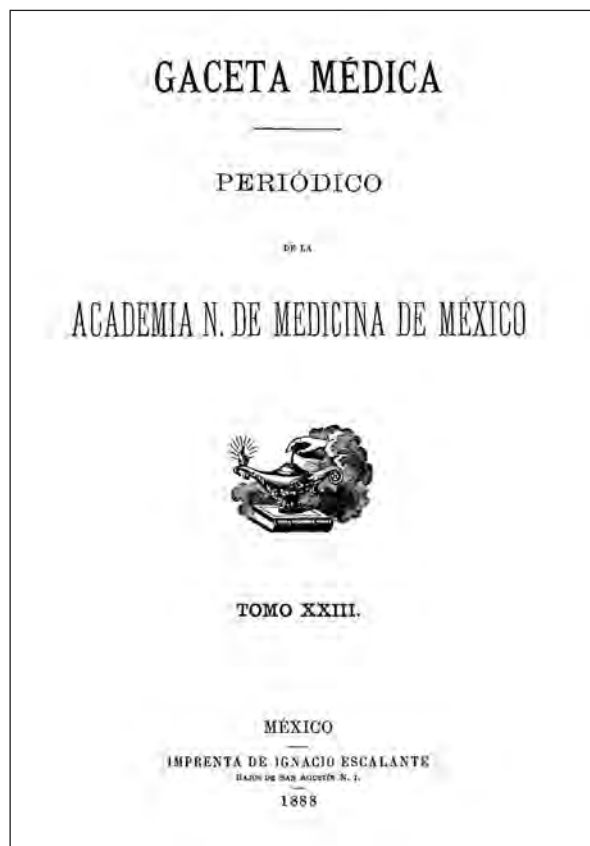
Instrumento	Costo
Un amigdalotomo de Mathieu	10.00
Un aparato de inducción de Gaiffe	12.00
Un cuchillo de Srims o Shime o Shims para fístula vesico vaginal	10.00
Una decena sondas esofagianas	9.00
Dos id id sondas uretrales inglesas	6.00
Dos id id id elásticas	10.00
Cuatro sondas uretrales de doble corriente	12.00
Seis sondas metálicas de Ytard	7.50
Seis id de goma id	6.00
Un fórceps de Pajot	15.00
Una tijera de Amellie Smellie	5.50
Dos docenas de pinzas de Pean	32.00
Seis estiletes de Bowman	7.00
Dos cuchillos abotonados de Desmanes	4.00
Tres cuchillos Canceolares de Sichel	6.00
Tres cuchillos de Beer modificados	6.00
Un pelvímeter de Bandeloque	7.00
Cuatro cuchillos afilados de Simes	16.00
Un constrictor de Chassaignac recto	18.00
Un id id curvo	20.00
Estetoscopio de doble tubo	10.00
Seis jeringas de pravaz	8.00
Una jeringa de Anel	8.00
Un Ristitomo o Kistitomo	
Risotitomo de Galezowski	2.00
Un oftalmoscopio de Follin	8.00
Un id de Galezowski	12.00
Veinte pinzas de dientes	100.00
Una docena de termómetros	36.00
Unas tijeras acodadas de Sims	4.00
Tres tijeras rectas, curvas y acodadas para vivisección	50.00
Un ciento de vidrios porta-objetos	3.00
Un ciento de id cobre-objetos	3.00
Una pinza uretral de Mathieu	7.00
Una sonda de Mercier	150.00

AHSS, BP, EH, HJ, caja 4, exp. 25; caja 5, exp. 1

Cuerpo médico del Hospital, 1885

Sala	Médico	Sueldo mensual
Sala 1	Tobías Núñez	
Sala 2	Ricardo Egea y Galindo	40
Sala 3	Ignacio Berrueco	40
Sala 4	Ignacio Berrueco	
Sala 5	Adrián Segura	40
Sala 6	Joaquín Robles	40
Sala 7	Antonio Velasco	40
Sala 8	Tobías Núñez	40
Sala 9	Maximiliano Galán	40
Sala 11*	Joaquín Vértiz	40
Sala 12	Juan Collantes y Buenrostro	40
Sala 13	Porfirio Parra	40
Salas 14 y 15	Joaquín Gómez	40

Fuente: AHSS, BP, EH, HJ, Caja 5, exp. 19. *No se enlista sala 10 porque estaba en reparación. En septiembre de 1886, se inaugura esa sala y se nombra como responsable a Joaquín Gómez



Gaceta Médica de México, 1888

estudiar y controlar gérmenes patógenos asociados al brote de epidemias. Conocer la causa de las enfermedades contagiosas que asolaban a la población confectionaba uno de los mejores escenarios de la práctica científica.

El conocimiento de las enfermedades requería, además, de métodos complementarios como la estadística cuyos indicativos eran aceptados en la determinación de políticas públicas. La estadística, afirmaba Gustavo Ruiz y Sandoval, al servir de base para saber cuál es la vida probable y la vida media de un pueblo sugiere qué resortes se deben mover para dar a la nación el impulso debido (Ruiz y Sandoval, 1877).

7. El Departamento de Estadística

Dado que el hospital recibía en su mayoría enfermos presos llevaba con precisión los datos relativos a cada enfermo que ingresaba consignando nombre, edad, origen, oficio, además de detallar elementos necesarios para establecer etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las lesiones motivantes de hospitalización. La escrupulosidad con la que se formaba la estadística era necesaria dado que de la exactitud de los datos dependía la resolución de las cuestiones médico legales que surgieran de las causas o procesos y cuya determinación descansaba en el fallo otorgado por el médico-jurista. El registro de las historias clínicas, incluso, era una forma de control que encontraba su justificación en razones legales y se encontraba normado en la Ley de organización de tribunales que asignaba a los médicos la tarea de consignarlos.²

El interés por la estadística del hospital había ocupado a varios de sus médicos, entre ellos Ignacio Alvarado, Hidalgo Carpio, el doctor Vallejo quien hizo una tesis con ese tema, Ricardo Egea quien compiló datos para formar una memoria que presentó a concurso en la Academia Nacional de Medicina, y Adrián Segura, cuya tesis presentada en 1874 y publicada en la *Gaceta Médica de México*, enmarcaba el trabajo estadístico en la filosofía positivista en la cual se había formado al lado de Gabino Barreda a quien dedicaba

² En febrero de 1881 se pidió aprobar el gasto de 67.50 pesos para comprar 15 libros rayados para cada una de las salas del Hospital para registrar las historias clínicas. El reglamento de Beneficencia emitido ese año atribuía a los prefectos la responsabilidad de llevar las historias clínicas. AHSS, BP, EH, HJ, caja 3, exp. 16 y exp. 2.

su trabajo (Segura, 1874. La tesis fue publicada en subsecuentes entregas).

El doctor Segura afirmó en ese texto: “Bien sé que en la mayor parte de los casos, no se necesita filosofía para curar una enfermedad, bastando sólo para ello, el juicio que nos suministra nuestra propia experiencia ó la de otros; pero también sé que para que un médico científico se distinga de un empírico, no basta á su orgullo profesional el saber curar una enfermedad, sino el cómo y por qué la cura”.

Formular científicamente una teoría, así como promover una política en el régimen porfirista, pasaba por la construcción de datos estadísticos ya que proporcionaban evidencia, indicaban crecimiento, legitimaban decisiones en el ámbito gubernamental o médico, de ahí el establecimiento de la Dirección General de Estadística en 1886 (Agostoni, 2003: 25-30). Dos años después, a iniciativa del doctor Tobías Núñez, recién nombrado director del Hospital, el ministro de Gobernación Manuel Romero Rubio creó la plaza de médico de la Sección de Estadística, designando a Manuel S. Soriano su responsable.

De acuerdo con el primer trabajo sobre este tema publicado en la *Gaceta Médica de México* por Soriano, el registro estadístico del Hospital iniciaba cuando su ayudante (Salvador Alvarado) luego de cerrada la guardia de 24 horas recorría cada sala para rectificar los datos del enfermo ingresado, posteriormente llenaba las boletas mismas que eran ordenadas por salas. Más tarde, el doctor Soriano rectificaba o añadía anotaciones en las mismas. Diariamente, en borradores, se registraba cada movimiento y, a fin de mes, se pasaba a un libro particular toda la estadística correspondiente, labor que llevaba entre tres o cuatro días. Se comprende que Soriano calificara su trabajo como laborioso, molesto e ingrato; pero los datos consignados, se convencía, podían aprovecharse para el progreso de la humanidad (Soriano, 1888:434; AHSS, BP, EH, HJ, caja 5, exp. 47).

Soriano propuso dejar constancia de la clase social a la que atendía prioritariamente el Hospital. Eligió como indicativo el grado de ilustración por lo que decidió incluir en la boleta de registro los datos de aquellos pacientes que sabían o no leer y escribir. Esta pregunta, decía, fue rechazada por aquellos que la

consideraban información irrelevante en una estadística médica; sin embargo, Soriano opinaba que un establecimiento debía ofrecer todos los datos de las personas a las que otorgaba asilo; más adelante podrían cristalizar estudios sobre higiene, la marcha de la criminalidad, o bien identificar algún rasgo que explicara la causa de una enfermedad. Al respecto, Tobías Núñez decía: “El cirujano, no solo debe atender á la lesión, sino también al individuo: debe fijarse en su constitución, hábitos, edad, raza, etc.; debe fijarse muy especialmente en las condiciones higiénicas bajo las cuales va a quedar el herido... y sobre todo... debe tener en cuenta que él se hace responsable de la suerte de su enfermo...” (Núñez, 1879).

En relación con la pregunta de Soriano, las estadísticas de 1888 mostraban que de 1 mil 296 hombres internados sólo sabían leer y escribir 336. Mientras que de 645 mujeres solo tenían ambas habilidades 23. “¡A cuán amargas reflexiones se prestan estas cifras!” (Soriano [b], 1888: 465).

Al presentar el análisis de los primeros datos recabados por su departamento Manuel Soriano se preguntaba “¿por qué los traumatismos predominan en los enfermos que se asisten en el Hospital Juárez?” (Soriano [b], 1888, p. 455). La respuesta refería la labor del nosocomio que, al fungir como hospital municipal, debía recibir a las víctimas de violencia o accidentes, así como a los afectados por alguna enfermedad contagiosa y que no eran admitidos en otros hospitales. Estas circunstancias explicaban que los oficios más recurrentes entre los internados fueran los albañiles, en primer lugar, seguido de jornaleros y zapateros en el caso de los hombres; y en el de las mujeres aquellas que se dedicaban a su casa y las trabajadoras domésticas.

Las ocupaciones también explicaban porqué domingos, lunes y martes eran los días de mayores ingresos. Los domingos eran días festivos, adjetivo extensivo al lunes porque los obreros y artesanos los habían elevado a la categoría de santos, calidad que nada tenía que ver con los asuetos a los que daba lugar: reuniones en tabernas y casas de prostitución donde el alcohol en exceso derivaba en riñas que usualmente terminaban en el hospital con uno o más de los involucrados.

De igual manera las costumbres sociales explicaban

los meses en los que aumentaba el ingreso. Mayor en invierno, menor en verano. Primero porque las fiestas de fin de año provocaban que se consumiera más alcohol, factor desencadenante de pleitos que terminaban en hechos de sangre y en ingresos hospitalarios. Por el contrario, las lluvias de verano hacían que las personas disminuyeran sus actividades sociales y por ende la vagancia y el consumo de alcohol. No así el del pulque al que se le atribuían los casos de enteritis (García, 1896: 22).

Estas observaciones sirven para explicar que después del tifo, la enfermedad más recurrente en el hospital fuera la "Congestión cerebral alcohólica", clasificada dentro de las enfermedades del sistema nervioso. En los tres meses, reportados en las estadísticas de 1888, ingresaron 40 enfermos de los cuales 30 fueron dados de alta, cinco murieron y cinco permanecieron internados al finalizar el trimestre. El éxito en el tratamiento, revelado por los números, era adjudicado "á la manera violenta y eficaz como son tratados por los revulsivos y la cafeína cuando llegan al establecimiento" (Soriano [b], 1888, p. 457).

Los traumatismos ocupaban el mayor número de atendidos, mismos que se recibían principalmente en la sala 1. La incidencia de estos accidentes eran aprovechados por Soriano para hacer observaciones dada la falta de protección social que parecían revelar. Casos como los de hombres con alguna extremidad arrancada por maquinaria servían para amonestar a los propietarios de fábricas poco interesados en disminuir los riesgos para los operarios. Transeúntes víctimas de obras públicas defectuosas (como la lámpara caída encima de una mujer) valían para llamar la atención a las autoridades. Uno de los accidentes más frecuentes eran los machacamientos de miembros producidos por carros o tranvías que usualmente terminaban en amputación. Tales percances eran frecuentemente atribuibles a los conductores quienes desobedecían indicaciones como la que les obligaba a llevar a los animales al diestro, prohibiendo ir sobre el carro manejando las riendas ya que se complicaba el control de los caballos; por lo que Soriano llamaba la atención a las autoridades para hacer cumplir los reglamentos y aplicar las sanciones.

Las fracturas se encontraban entre los traumatismos

de mayor frecuencia: 40 en el trimestre. Eran causadas sobre todo por caídas y en ese accidente los albañiles eran las víctimas más asiduas. Las estadísticas relativas a la mortalidad de las heridas penetrantes mostraban la calidad de la cirugía nacional, ya que de 33 enfermos sólo habían muerto 12; es decir, sólo la tercera parte cuando pocos años atrás, afirmaban, se consideraban mortales de necesidad. Para atender estos casos el Hospital contaba con los siguientes aparatos de cirugía: un aparato de "Bonet" completo; 12 de madera grande para pierna; dos aparatos de Bonet para fractura; 11 aparatos de alambre para brazos y piernas, y cuatro de alambre para cuerpo, tres aparatos de fierro para pierna, cuatro aparatos completos de madera para pierna, 25 aparatos de madera de varios tamaños, tres aparatos para irrigación (cuatro para manos), 75 férulas de madera de varios tamaños, dos férulas para manos, once canaladuras de lata, una pierna de madera, tres plantillas de madera para pie (AHSS, BP, EH, HJ), caja 3, exp. 30).

El éxito se atribuía a los adelantos de la cirugía nacional pero también a la organización del servicio médico de las Comisarías de policía a cargo del doctor Egea, con lo cual los heridos tenían asistencia oportuna. Para efectos de gobernabilidad, la ciudad se dividía en ocho demarcaciones cada una con servicio médico integrado por un médico, dos practicantes y camilleros. El servicio carecía de material de curación por lo que las más de las veces el herido era conducido (por los ebrios detenidos) a la afanaduría de la ciudad donde se les practicaba una improvisada curación que terminaba complicando la lesión. Para corregir estos inconvenientes, el gobierno nombró, en octubre de 1885, al doctor Ricardo Egea, visitador e inspector de las Secciones Médicas. Egea hizo obligatorio el método de curación listeriana proveyendo de material suficiente dotado por el Almacén Central, o bien lo compraba él mismo en las droguerías de la ciudad. Además, organizó el sistema de reportes, de manera que cuando algún enfermo fuera remitido al Juárez los médicos del nosocomio sabrían qué clase de herida tenía y qué curaciones había recibido (*Memoria...*, 1888: 191-193). Por su parte, Segura recurría a argumentos económicos para convencer a las autoridades de respaldar el método listeriano que al garantizar la

curación abreviaba las estancias hospitalarias con lo cual se aliviarían los “angustiados fondos de la Junta de Beneficencia” (AHSS, BP, EH, HJ, caja 3, exp. 15).

El método desinfectante era ya considerado indispensable en el caso de las heridas. Implicaba la aplicación del llamado “empaque algodónado de Guerin” y el método antiséptico de Lister. Ambos, explicaba Tobías Núñez, responsable de la Sala de Reencargados, encontraban su fundamento en la teoría que suponía la existencia de gérmenes en la atmósfera, los cuales, al entrar en contacto con las heridas, causaban los accidentes que terminaban por complicar una cirugía exitosa. Se recurría al algodón para aislar la herida y al ácido fénico para acabar con los microorganismos existentes tanto en la lesión como en los instrumentos y el campo operatorio. El termómetro era otro instrumento auxiliar en el control de las infecciones ya que las variaciones de la temperatura eran un indicativo de la buena marcha de la curación o bien de la necesidad de renovar los apósitos para seguir sanando la herida.

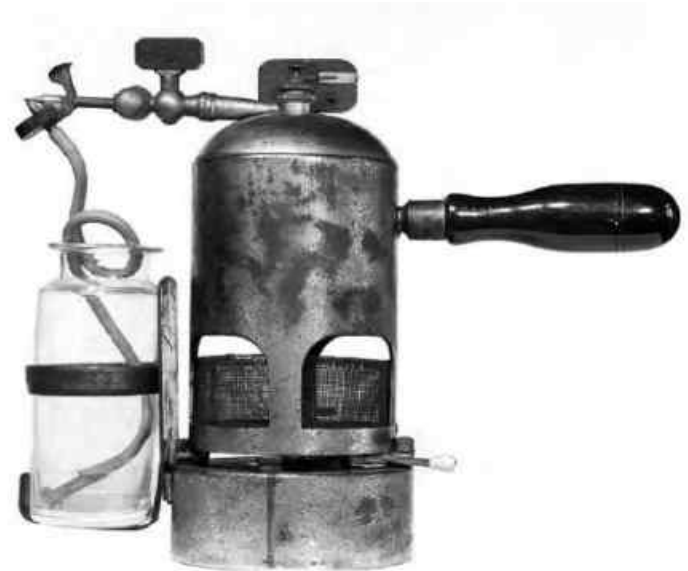
La diferencia era notable, recordaba el mismo Núñez, entre los métodos que él aplicaba como médico, a los presenciados como practicante en 1862. En ese entonces, las bandejas utilizadas para lavar las heridas servían para todo tipo de propósitos en todas las salas, “pues tan pronto contenían el agua para lavar las heridas, como recibían los desechos y las curaciones que se quitaban”; en lugar de alcohol fenicado o alcohol alcanforado diluido con agua para desinfectar las heridas se usaba cloruro de labarraque o se cubrían con polvo de carbón y quina (Núñez, 1881).

Sin desplazar la teoría miasmática de la enfermedad, los trabajos de Pasteur y Lister interesaban porque parecían explicar las causas de la septicemia, la putridéz y la infección purulenta, calificadas como “los hechos más oscuros de la clínica quirúrgica”. De ahí que correspondiera a los cirujanos ilustrarse en esas novedosas explicaciones que los ponían en la puerta de nuevos procedimientos operatorios.

Un ejemplo más de los adelantos de la cirugía nacional, y de la del Juárez en particular, era proporcionado por las estadísticas de las operaciones realizadas en el trimestre: 40. Entre ellas destacaba el procedimiento de amputación. En el lapso registrado sólo tres

casos habían terminado en deceso, las tres achacables a la clase de traumatismo causante del padecimiento, por lo que consideraba que la mortalidad era prácticamente nula. De acuerdo con la relación registrada por Soriano, Tobías Núñez era el cirujano más activo al efectuar 13 de las 40 intervenciones; seguido de Francisco Hurtado, responsable de la sala 1 con 11; mientras que Antonio Velasco y Ricardo Egea, trabajando en equipo, habían realizado ocho procedimientos quirúrgicos.

La clínica y la terapéutica quirúrgica, decían los



Aparato de Lister para el método antiséptico



Joseph Lister empleando su método antiséptico

propios médicos, era la rama de la medicina que más ocupaba las reuniones de pares, debido a que daba oportunidad al cirujano de “obtener brillantes victorias científicas”. En ese contexto, la cirugía, cobijada por la antisepsia, advertía Demetrio Mejía, se aventuraba a manipular el bisturí en aras, si no del dinero, sí del deseo de la fama. Sin embargo, ese mal que los cirujanos debían aprender a mesurar se compensaba con un mayor beneficio dejado a la humanidad: el principio de la limpieza (Mejía, 1892).

8. Tifo: la higiene citadina y la hospitalaria

Un registro independiente en las estadísticas de Soriano se ocupaba de los casos del tifo “por ser este un estudio especial que vino siguiéndose por la Escuela de Medicina” (p. 433). La enfermedad era también objeto endémico de estudio para la Academia de Medicina de México que periódicamente convocaba a concurso a los estudiosos para explicar las causas del

mal identificado por el doctor Domingo Orvañanos como la enfermedad de mayor mortalidad en la República “y sin duda alguna la que ha originado el mayor número de epidemias”. Por su parte, el Juárez tenía dos retos, elucidar el tratamiento oportuno y proveer condiciones adecuadas de hospitalidad.

En abril de 1889, Tobías Núñez informaba que el Hospital albergaba a 100 enfermos contagiosos: 86 de tifo, cinco de erisipela y nueve de viruela. La mayoría de los enfermos dormían sobre tablas porque a falta de hules que preservaran los colchones éstos se inutilizaban rápidamente. Dar asilo a heridos y a enfermos infecciosos, así como padecer sobrecupo de internos representaba un reto para los directores del nosocomio, ya que los pacientes se contagiaban entre sí e incluso al propio personal. En marzo de 1884, Juana Azcoitia, enfermera mayor de la sala de tifo de mujeres, pidió que, en atención a la cantidad de enfermas que debía atender y a lo riesgoso de su trabajo, se le aumentaran dos pesos a su sueldo para que su salario se igualara con el del enfermero mayor de la sala de tifo para hombres. Tanto el Director, como los encargados del presupuesto convinieron en la justicia de la petición y su sueldo se aumentó a doce pesos mensuales (AHSS, BP, EH, HJ, caja 5, exp. 6).

Por otra parte, el cuerpo de guardia encargado de custodiar a los enfermos presos no dejó de protestar por el mal estado del “desaseado hospital” y de la sala de tifo cuya puerta no cerraba. En 1880, el Jefe de la Comandancia militar recriminaba que la defectuosa puerta ponía en peligro a sus oficiales debido a que se veían forzados a permanecer dentro de la sala con riesgo de contagio, como se lo había advertido el doctor Egea. Aunque después el doctor aclararía que lo que había indicado al guardia era que no se acostara en la cama de los enfermos porque se podría contagiar (AHSS, BP, EH, HJ, caja 2, exp. 9).

En 1881 los enfermos de tifo encontraron una forma moderna de demandar una mejor atención al dirigir una carta al periódico “*Libertad*”, cuyo editor en esos años era el higienista Luis E. Ruiz, más tarde director del Juárez y responsable del departamento de tifo (Agostoni, 2003: 39). El entonces director, Adrián Segura, se encontró con que todos los varones tíficos refrendaron “a una voz” el envío de la carta porque



Dr. Luis E. Ruiz

“habían perdido la esperanza” de que los escuchara el prefecto Pablo Frías. En su defensa, Frías justificó la demanda de mayor disciplina porque los enfermos salían sin control a la calle donde comían toda clase de antojitos que introducían al Hospital alterando la dieta indicada por el médico Joaquín Gómez, cosa que también hacían al cocinar sus propios alimentos en anafores que tenían junto a las camas. Por lo demás, ni el visitador de Beneficencia ni el director pudieron negar que la ropa de cama era insuficiente, que los ingresados debían conformarse con un petate por colchón y que la ropa de los internos no era otra cosa sino harapos; carencias de las cuales, determinaba el visitador, no tenía la culpa “ni el prefecto ni la Junta de Beneficencia, sino el desprecio con que se ve todo lo que se refiere a este Hospital” (AHSS, BP, EH, HJ, caja 3, exp. 9).

Descrita como un “envenenamiento séptico” producido por aguas estancadas abundantes en materias orgánicas, el tifo se asociaba tanto a condiciones insalubres del ambiente como a falta de hábitos higiénicos del propio enfermo (Martínez, 1881). Miasmas deletéreos, debilidades morales, carencias higiénicas y gérmenes patógenos constituyeron los argumentos, juntos o separados, a los que se recurría para explicar esta enfermedad que se generaba principalmente en las ciudades.

En los cuadros estadísticos de Soriano, el tifo se incluía en las enfermedades llamadas *ziméticas* y *constitucionales*, como la erisipela, la viruela o el mal de San Lázaro. El término *zimético* aludía a enfermedades análogas a la fermentación que se producían en el cuerpo al inhalar miasmas procedentes de materia en descomposición. Hacia finales de los ochenta del siglo antepasado, en el Juárez se seguía el tratamiento dictado por el doctor Berrueco, responsable de las salas de tifo, quien “en la forma adinámica y algunas veces en la atáxica” aplicaba inyecciones de estricnina, según la fórmula siguiente: 120 gramos de agua destilada y 60 centigramos de sulfato neutro de estricnina. El compuesto se aplicaba de dos a cuatro veces por

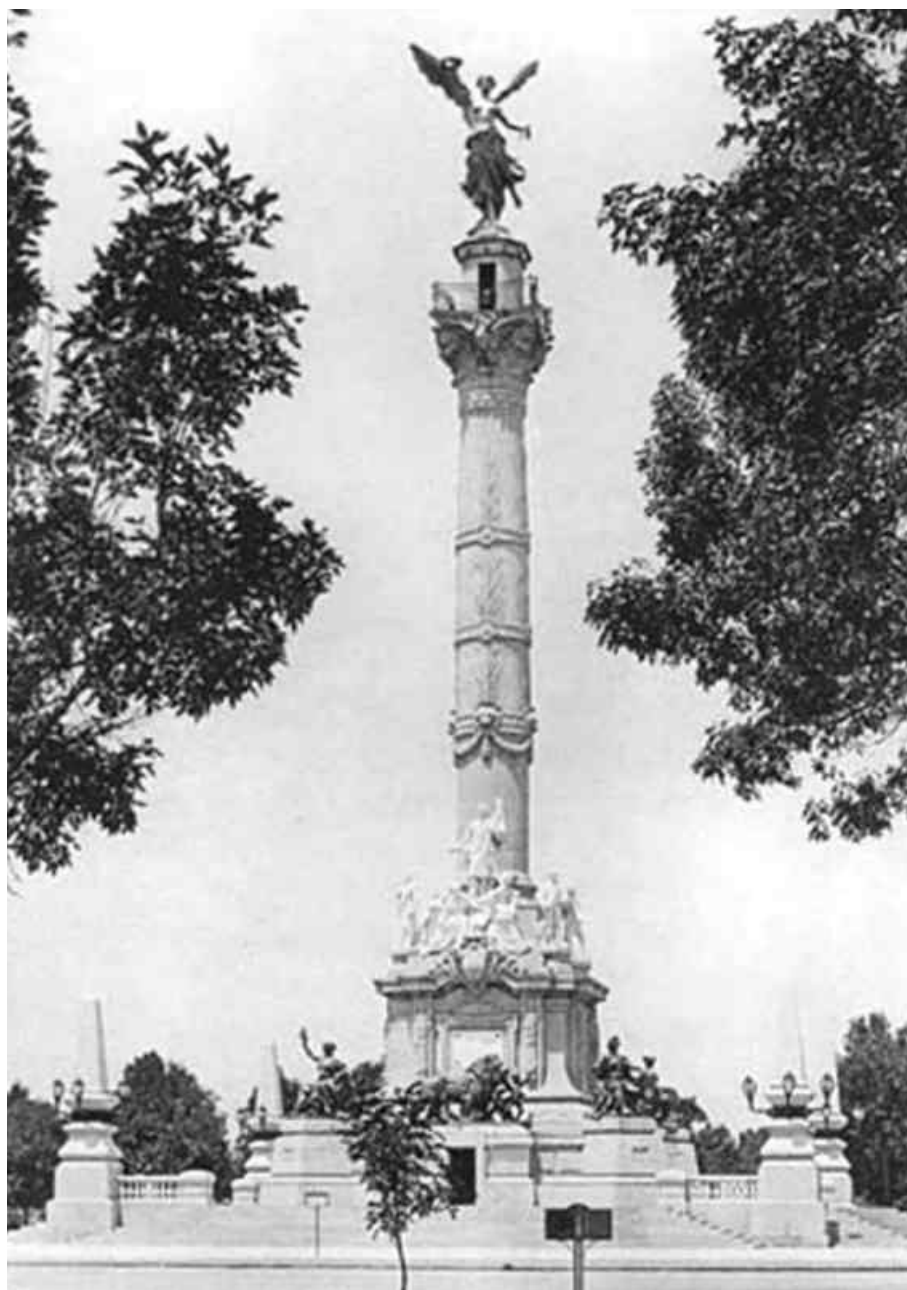
día en inyecciones de un gramo, capacidad de la jeringa (Soriano [b], 1888, p. 456).

Si bien la etiología de la enfermedad encontraba diversos argumentos, las causas que daban pie al contagio estaban bien identificadas: aglomeraciones en espacios poco ventilados, exposición a aguas estancadas, así como la llamada por Domingo Orvañanos, miseria fisiológica; es decir, debilidad orgánica provocada por la pobreza, la escasa alimentación y la inmoralidad de las costumbres que inclinaba al vicio y a los placeres venéreos (Orvañanos, Suárez).

Para contrarrestar las causas se enfatizaba, por una parte, la importancia de obras para abastecer agua, desazolver acequias y proveer drenaje. Listado válido tanto para la ciudad como para el Hospital. Mientras que, por otro lado, se acentuaba la necesidad de modificar conductas para educar en la adopción de normas higiénicas tan caras para la salud, la política y la economía. Ambos frentes del problema precisaban dos protagonistas, un Estado decidido a regular la marcha de la ciudad y del país para encaminarlo al progreso con un cuerpo médico convencido de su capacidad para intervenir en los proyectos oficiales de modernización sanitaria. Finalmente, la higiene, decía el doctor Luis E. Ruiz, responsable de las salas de tifo en 1890 y nombrado director en ese año, era el arte de preservar la salud e incrementar la prosperidad. Tareas que se convertirían en dos de los engranajes del entonces todavía boyante régimen Porfirista.

Siglas utilizadas

- AGN: Archivo General de la Nación
- AHFM: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM
- FEM y A. Fondo Escuela de Medicina y Alumnos
- AHSS: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud
- BP: Fondo Beneficencia Pública
- EH: Sección Establecimientos Hospitalarios
- HJ: Serie Hospital Juárez



Monumento a la Independencia. Ciudad de México, 1910

El Hospital Juárez en el cambio de siglo

1891-1911

Sandra Martínez Ortiz

Hacia 1888 la segunda reelección de Porfirio Díaz despertaba gran expectativa en varios sectores de la población, periódicos oficialistas como *El Municipio Libre* o el *Siglo XIX* echaban las campanas al vuelo por la buena nueva, Díaz personificaba la tranquilidad y la confianza, razón por la cual deseaban su perma-

nencia en el poder. Ferrocarriles y telégrafos extendiéndose por todas partes, el aumento de la inmigración, la instalación en el país de empresas de todo género, entre otros aspectos, explicaban la mayoría de votos que, al menos una parte del pueblo había otorgado al caudillo de Tuxtepec. De los 16 mil 709 votantes



Ferrocarrileros en Nonoalco



Porfirio Díaz rinde protesta en 1888. Primera reelección



Amputación

que formaban los 227 distritos electorales del país, el general Díaz obtuvo la mayoría con 16 mil 662. La primera reelección de Díaz comenzaba con el pie derecho, gracias al apoyo del crédito extranjero, la cohesión del país, la confianza de una buena parte de la opinión pública y la cooperación de la mayor parte de la prensa. La conquista de la prosperidad se convirtió en el requisito indispensable para la futura democracia de México, pero la modernización del país entrañaba la tarea de modificar la mentalidad, transformar las costumbres y cambiar el carácter de todo un pueblo,¹ a cuyo objeto se volcaron todos aquellos convencidos del poder liberador de la modernidad. Los médicos no fueron la excepción y seguros que el adelanto del país debía correr al parejo de la salud y la higiene, desarrollaron grandes esfuerzos en estos rubros. Instituciones hospitalarias como el Juárez también fueron parte de este impulso renovador, grandes modificaciones le esperaban durante la última década del siglo XIX y la primera del naciente siglo XX, a ellas nos avocaremos en el presente capítulo.

El Juárez finisecular

No pasa en el Juárez lo que en un hospital aséptico; que hecha la cura queda el enfermo con su apósito hasta el momento en que se quitan las suturas, no. El cirujano lucha por salvar a su amputado y no pocas veces tiene que emprender operaciones posteriores para dejarlo sano [...]
Estos tropiezos se deben sin duda a lo imperfecto de nuestra instalación y mañana cuando dispongamos del material necesario, sin duda que nuestros esfuerzos serán coronados de éxitos mayores y ganados con menos labor y menos sinsabores

Fernando Zárraga

Estadística de las amputaciones practicadas en los últimos nueve años (1890 a 1899)

En la última década del siglo XIX, la situación del hospital no había mejorado tanto como se esperaba, a

¹ Roeder, Ralph. *Hacia el México Moderno: Porfirio Díaz*, p. 394, 407, 410-413.

pesar de los grandes esfuerzos que directivos y trabajadores habían puesto en su avance, aún había graves inconvenientes por enfrentar. Uno de los personajes que desempeñó una ardua labor en la transformación de la Institución fue el doctor Luis E. Ruiz, quien tomó las riendas del nosocomio en 1891.

Luis E. Ruiz nació en Alvarado Veracruz en 1853. Ingresó a la Escuela de Medicina colaborando como practicante en el Hospital Juárez bajo las órdenes del doctor Adrián Segura en la sala Vértiz, durante el mismo periodo sirvió como preparador en la clase de higiene, cargo que desempeñó de manera gratuita, al tiempo que trabajaba como ayudante de bibliotecario y recibía el nombramiento de jefe de internos.

En 1877 sustentó su examen profesional con la tesis *Tratamiento de la Pneumonía*, fue nombrado catedrático de nociones de ciencias en la Escuela Nacional Secundaria para niñas; volvió a ser nombrado preparador de higiene, puesto que desempeñó hasta 1881 cuando se le nombró catedrático de pedagogía para los ayudantes de las escuelas nacionales primarias.

Gracias a su empeño y sus trabajos obtuvo la cátedra de higiene y la de meteorología médica en la Escuela Nacional de Medicina. En 1891 ocupó la dirección del Hospital Juárez, fue regidor del Ayuntamiento del DF en 1896, presidente de la Academia de Pedagogía e introductor de métodos de higiene en las escuelas. Entre sus escritos destacan la publicación de un *compendio de lógica*, que sirvió de texto en la Escuela Nacional Preparatoria, también escribió una aritmética elemental conforme al método moderno.

Durante su gestión se realizó la construcción de un pequeño horno de cremación, aspecto higiénico esencial para él quien lo calificaba de “método científico por excelencia” para el tratamiento de cadáveres, puesto que garantizaba plenamente el bien de la comunidad. Justamente en 1892 recomendaba al gobierno la adopción de esta medida, misma que se realizó hasta 1909, con la inauguración de dos hornos crematorios en el cementerio general de Dolores; el

más grande tenía la capacidad para cremar de cinco a 10 cadáveres al mismo tiempo y estaba destinado a incinerar los cuerpos sin reclamar, provenientes de los diferentes hospitales de la ciudad; el otro horno era de menor capacidad y era de distinción, por medio de una cuota, las personas que así lo decidieran podrían incinerar a sus difuntos.² Otras de sus obras fueron el reacondicionamiento del anfiteatro de clínicas y la colocación de una puerta que sirviera para dar salida a los carros conductores de cadáveres.³

Estas cobran mayor importancia si se considera que la situación económica de la institución era apremiante, aspectos esenciales para su buen funcionamiento como la dotación económica requerida para los gastos



Dr. Luis E. Ruiz

² *Gaceta Médica*. 3ª. Serie, Tomo IV, núm. 11, 30 de noviembre de 1909, pp. 753-756.

³ Olmo, Consuelo del. *Medicina en el siglo XIX mexicano: el Hospital Juárez 1847-1889*, p. 95.

menores del establecimiento, tardaban varios meses en llegar. En situaciones como ésta el hospital se veía en la necesidad de pedir crédito para cubrir algunas de sus necesidades pues, como declaraba el propio doctor Ruiz, no contaban con papel para los libros de recetas, ni con enseres como escobas y escobetas. La preocupación del director aumentaba porque no había podido cubrir la deuda contraída con algunas casas comerciales, lo que podría provocar que ya no se le otorgaran productos en préstamo al hospital.⁴

Bajo su dirección se crearon las salas de distinguidos, donde los pacientes eran recibidos por un precio módico, dándoles una cuidadosa asistencia y canalizándolos al departamento correspondiente según su tipo de padecimiento,⁵ en realidad el hospital recibía pocos pacientes de estas características, la suma cobrada por los servicios era de un peso, habiendo ocasiones que no había más de dos o tres asilados en estas salas.⁶

Todavía en 1895, el hospital se encontraba dividido en 15 salas, distribuidas de la siguiente forma:

Ardua fue la labor higienista del doctor Ruiz en el Juárez, durante su gestión insistió ante las autoridades para lograr el saneamiento de las áreas cercanas al hospital, como lo muestra la petición de Romero Rubio, en este tiempo secretario del despacho de Gobernación, quien ordenó al gobernador del Distrito Federal (DF) realizar las diligencias necesarias para informar a los dueños de la vecindad de mataderos, contigua al nosocomio, que rellenaran la zanja ubicada en su terreno por ser un foco de infección para la institución y la propia ciudad. De la misma manera pidió se levantara una barda entre el patio de la citada vecindad y el hospital, con el fin de que ambas construcciones quedaran bien delimitadas.⁷

Durante la gestión del doctor Ruiz se terminó de circundar el perímetro del hospital con una barda, evitando los robos y otros peligros a que se enfrentaba una casa abierta por todos sus costados. Un ejemplo de este peligro lo muestra la fuga de enfermo Anacleto Pedraza quien en 1894, trató de escapar de la sala 5 del hospital brincando la zanja que lindaba con la

Sala	Médico	Practicante	Mayora
Núm. 1, hombres, clínica	Rafael Caraza	Ángel Nájera	Dolores Villena
Núm. 2, hombres, mixta	Fernando Zárraga	Luis Gutiérrez	María Saldaña
Núm. 3, hombres, mixta	Porfirio Parra	Antonio Jordán	Pascuala Ortiz
Núm. 4, hombres, mixta	Ignacio Ocampo	Alfonso Cervera	Juana Gálvez
Núm. 5, hombres, presos	Guillermo Parra	Adolfo Mondragón	Virginia del Corral
Núm. 6, hombres, mixta	Juan Collantes	Roberto López	Cristina del Corral
Núm. 7, hombres, mixta	Adrián de Garay	Pioquinto Vega	Manuela Mancilla
Núm. 8, presas	Joaquín Vértiz	Jesús Veytia	Soledad Villena
Núm. 9, mujeres, mixta	Antonio Velasco	Jesús González	Refugio Morales
Núm. 10, mujeres, mixta	Maximiliano Galán	Juan Ruiz	Luisa Camberos
Núm. 11, mujeres, mixta	Tobías Núñez	Luis Bejarano	María García
Núm. 12, hombres, tifo	Luis E. Ruiz	Santiago Guerrero	María Morales
Núm. 13, mujeres, tifo	Luis E. Ruiz	Enrique del Bosque	María Morales
Núms. 14 y 15, hombres y mujeres, enfermedades transmisibles	Luis E. Ruiz	Santiago Guerrero Enrique del Bosque	María Morales

Fuente: *Gaceta Médica*, Tomo XXXII, núm. 7, 1 de abril de 1895, pp. 145-148.

⁴ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 6, exp. 28, f. 8.

⁵ Velasco Ceballos, Rómulo. *El Hospital Juárez. Antes Hospital Municipal de San Pablo*, p. 109.

⁶ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 7, exp. 25, f. 1-24.

⁷ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 6, exp. 37, f. 1.

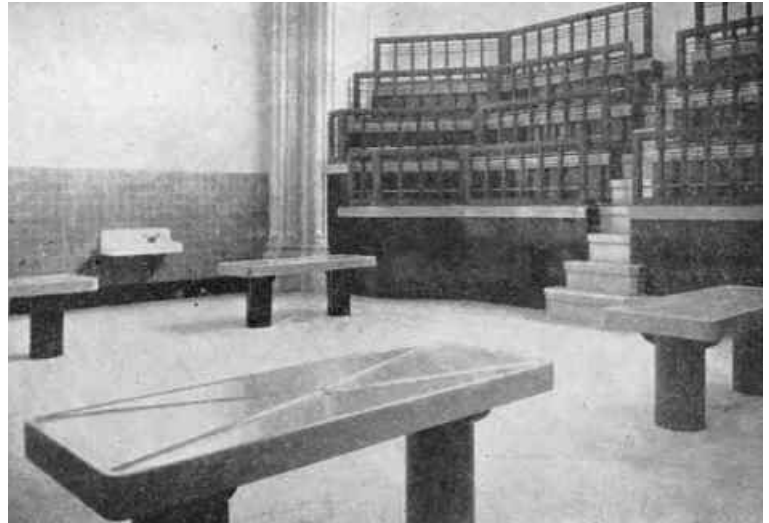
casa ubicada al sur, en la calle de Mataderos. El enfermo fue capturado por el mozo del anfiteatro Antonio Peña, quien corrió en su persecución junto con dos gendarmes, sucesos como éste llevaron a pedir la edificación de una cerca para asegurar al establecimiento de la huída de presos. Como muestra de buena voluntad el propietario de la casa en cuestión, donó la mitad del costo de dicha barda que ascendía a 200 pesos.⁸

Bajo su dirección los médicos practicantes tuvieron la tarea de impartir clases de pequeña cirugía a las enfermeras del establecimiento. Luis E. Ruiz dejó las riendas del nosocomio en 1896 para hacerse cargo de la Dirección General de Instrucción Pública en el DF. Gracias a él se integraron al cuerpo médico del hospital personajes tan importantes como Guillermo Parra, Fernando Zárraga y Gregorio Mendizábal.

Gregorio Mendizábal nació en la ciudad de Orizaba, ingresó a la Escuela Nacional de Medicina donde obtuvo el título de médico en 1869 y regresó a su natal Veracruz donde ejerció durante 25 años, al término de los cuales se trasladó nuevamente a la ciudad de México. En 1894 ocupó una curul en la Cámara de Diputados y más tarde en la de Senadores. Hacia 1895 fue nombrado médico interno del hospital Juárez y director en 1896, culminando su periodo hasta 1911. Tuvo a su cargo los cursos de clínica interna y deontología médica de la Escuela Nacional de Medicina. Autor de numerosos trabajos, entre los que se encuentran: *formas de la gripa en México; historia de la fiebre amarilla en las costas del Golfo de México y septicemias puerperales* por mencionar algunos. Asimismo viajó como delegado a diversos congresos efectuados en Estados Unidos, Canadá, Uruguay, Roma y París.⁹

El doctor Mendizábal ocupó la dirección del Juárez a partir de 1896, realizó la petición para separar la sala de observaciones de la de erisipela, argumentando que ya no era necesaria una sala de enfermedades infecciosas, pues hacía mucho tiempo que ya no se recibían enfermos de ese tipo.

La precaria situación económica del hospital se exa-



Anfiteatro



Dr. Guillermo Parra

⁸ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 6, exp. 41, f. 1-9.

⁹ Velasco Ceballos, Rómulo. *El Hospital Juárez. Antes Hospital Municipal de San Pablo*, pp. 289 y 290.

cerbaba debido a la conducta de algunos de sus asilados, son frecuentes los comunicados de riñas dentro de la institución, así como de fugas tanto de presos como de soldados, algunas de ellas reportaban pérdidas materiales para el mismo. En un comunicado el doctor Mendizábal, pedía con urgencia se reparara la ventana del cuarto al fondo de la sala 5, por donde dos presos se habían fugado rompiendo el bastidor, el alambrado y la reja de la ventana en su huída, situación que obligaba al director a mantener cerrado el departamento debido a la inseguridad que representaba, aunque aclaraba que esta sala era muy importante y hacía mucha falta al establecimiento pues era utilizada para el servicio de curaciones.¹⁰

El hospital se orientaba a la atención de enfermedades infecto contagiosas y traumáticas, aunque no excluía a otras, esta característica determinaba que la aglomeración de pacientes fuera un tema recurrente



Dr. Gregorio Mendizábal

en el mismo. Hacia 1900 atendía diariamente un promedio de 359 enfermos por día, situación que provocaba un aumento de labores para los médicos y practicantes, quienes apoyados por el director Mendizábal, pidieron un aumento de sueldo hacia 1901. En su carta de apoyo, argumentaba que tanto médicos como practicantes veían acrecentadas sus labores y responsabilidades por el aumento en el número de pacientes, así como el incremento en el costo de los artículos de primera necesidad y aún las rentas, pues los practicantes no contaban con una residencia dentro de las instalaciones de la institución.¹¹ La petición surtió efecto y poco tiempo después se aumentó a 50 pesos mensuales el sueldo de los médicos y a 20 pesos el de los practicantes.

Buena parte de la aglomeración se debía a la ineficacia de las autoridades encargadas de los pacientes que asistían al Juárez en calidad de presos, pues hacia 1900 el doctor Mendizábal preguntaba al director de la Beneficencia Pública que debía hacer con los enfermos que ya habían sanado y eran remitidos nuevamente a la cárcel, quienes por no tener entrada en los libros de la alcaldía eran nuevamente enviados al hospital hasta que el Juez o el Ministerio Público resolvían si volvían a prisión o eran puestos en libertad, circunstancia que derivaba en largos períodos de estancia en sus instalaciones, como acontecía con dos individuos que llevaban en el nosocomio siete y cuatro días respectivamente esperando se resolviera su situación. Debido al peligro inherente que esta situación entrañaba, el doctor Mendizábal pedía que todos los pacientes que al ser dados de alta no hubieran resuelto su situación fueran puestos en libertad, según lo previsto en el artículo 169 del Reglamento Interior, pues de otra manera el comisario del nosocomio contraía una responsabilidad que un día podría comprometerlo seriamente. En respuesta la Secretaría de Gobernación informaba que el secretario de Justicia había librado una orden para que los jueces del ramo de lo penal comunicaran oportunamente al comisario del hospital

¹⁰ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 8, exp. 8, f. 1.

¹¹ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 7, exp. 12, f. 1-6.

si los heridos que ingresaban quedaban en calidad de detenidos o libres.¹²

Otro aspecto sumamente importante tenía que ver con la demora en los trámites para la inhumación de los reos fallecidos en la institución, cuyo resultado, poco higiénico además, era la aglomeración de cadáveres en el anfiteatro. Uno de estos casos curiosos, sucedió con uno de los reos, quien remitido por la tercera demarcación, fue liberado por falta de pruebas durante su estancia pocos días antes de su fallecimiento, el cadáver de este paciente tuvo que permanecer alrededor de diez días sin inhumar, pues el juez 4º. correccional juzgo que era asunto del Registro Civil, dada la condición de libertad del paciente; por su parte, el juez del Registro Civil turno al primero la libranza del acta de defunción, porque el trámite no era competencia de esa oficina. Para dar solución a problemáticas de este tipo, el Secretario de Justicia giró las órdenes respectivas para que las actas y boletas de inhumación se librasen en un plazo máximo de tres días, pues con la tardanza en los trámites regularmente los cadáveres permanecían sin sepultar por más de ocho días.¹³

El proyecto largamente acariciado de fundar un hospital general construido bajo los últimos mandatos de la higiene, al que se integrarían la mayoría de los viejos e insalubres nosocomios existentes, entre los que se encontraba el Juárez rindió frutos en 1905. Sin embargo, el Juárez continuó en funciones, cumpliendo la importante labor de ser el receptor de los pacientes consignados por las autoridades de los distintos juzgados de la ciudad, por lo que las reparaciones para acondicionar sus espacios continuaron, entre ellas destaca la remodelación de su planta baja que frecuentemente se inundaba en época de lluvias.

La preocupación por dotar al hospital de los elementos necesarios para mantener la higiene, permean toda la época, como lo muestra el doctor Mendizábal al realizar la petición de una bomba eléctrica de agua con el fin de tener abundante líquido en cada depar-

tamento del nosocomio, incluyendo al anfiteatro, puesto que ya no eran suficientes las dos bombas existentes, que provocaban una continua escasez con sus consiguientes problemas sanitarios.

La precaria situación económica de la institución determinaba que problemas, en apariencia, sin importancia, derivaran en situaciones de gravedad. Una descompostura en el excusado de la sala 2, provocó que su contenido se derramara en la sala 7 poniendo en peligro la salud de los asilados, quienes tuvieron que ser trasladados a la sala 1, ubicada en la parte alta, donde se encontraba instalada provisionalmente la sala 10, cuyo servicio tuvo que regresar a su sitio original, abandonado a causa de la falta de vidrios y una persiana. Por si fuera poco, el líquido que se derramaba del excusado se infiltraba en las paredes y vigas amenazando perjuicios todavía mayores.¹⁴

Fernando Zárraga nació en Durango donde realizó sus primeros estudios; ingresó a la Escuela Nacional de Medicina donde obtuvo la plaza de ayudante de profesor de anatomía descriptiva, fue admitido como practicante de primera en el Hospital de Jesús y, tras



Sala 1

¹² AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 27, exp. 2, f. 1, 4, 7.

¹³ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 9, exp. 1, f. 2-4, 11, 16, 18-21.

¹⁴ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 7, exp. 17, f. 1, 3.



Dr. Fernando Zárraga



Sala del Hospital Juárez. Se observan el hacinamiento y las carencias

una estancia en su natal Durango, retornó a la ciudad de México donde ganó por oposición las cátedras de profesor adjunto de clínica obstétrica y profesor interino de anatomía patológica, ambas en la Facultad de Medicina. Posteriormente obtuvo los puestos de prosector de anatomía topográfica y ayudante de clínica externa y de clínica interna, fue socio titular de la Sociedad de Cirugía y presidente de la Sociedad Médica Pedro Escobedo. Al término de su interinato en el hospital Juárez fue nombrado director de la Escuela Nacional de Medicina y del Hospital Morelos.¹⁵

Entre 1906 y 1907 el doctor Fernando Zárraga ocupó el puesto de director interino del hospital en sustitución del doctor Mendizábal. Durante su gestión se restauró completamente la sala de operaciones, se repararon los techos de las barracas de infecciosos, se construyeron dos nuevas salas, dotadas con alumbrado eléctrico y equipadas con 258 camas; se ocupó de reconstruir y modernizar las salas 4 y 6 que atendían a mujeres, así como dos salas más de maternidad y mandó construir un departamento de operaciones.

Para realizar estas obras se valió de la ayuda de algunos pacientes en condiciones de trabajar, retribuyéndolos con pequeños salarios, pues la apretada situación económica de la institución no permitía contratar trabajadores.

A pesar de los esfuerzos emprendidos por los sucesivos directores, los problemas de hacinamiento continuaban, hacia 1907 la aglomeración era tal, que sólo había 400 camas para alojar a cerca de 800 pacientes, ante tal circunstancia, en el mejor de los casos, dos personas se veían en la necesidad de compartir una cama, y en el peor un lecho debía compartirse entre tres o cuatro enfermos.¹⁶

A su regreso al frente del nosocomio, el doctor Mendizábal se encargó de realizar obras en el mortuario, anfiteatro, horno crematorio y caseta para protección del mismo; sin embargo, como Velasco lo menciona, la obra material emprendida por estos personajes no modificó en gran parte el ruinoso aspecto del antiguo colegio de San Pablo.¹⁷

¹⁵ Velasco Ceballos, Rómulo. *El Hospital Juárez. Antes Hospital Municipal de San Pablo*, pp. 117-119.

¹⁶ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 9, exp. 19, f. 1-5.

¹⁷ Velasco Ceballos, Rómulo. *El Hospital Juárez. Antes Hospital Municipal de San Pablo*, p. 120.

La atención en el Juárez

Nosotros debemos hacer aquello que nos parezca lo mejor; debe uno tener la conciencia suficientemente honrada, no para seguir a las personas de categoría que digan tal o cual cosa, sino debe uno tratar de estudiar los hechos y en vista de ellos tomar su decisión.

Fernando Zárraga

Anales de la Escuela Nacional de Medicina

La modernización impulsada durante el gobierno de Porfirio Díaz comenzó la transformación del paisaje urbano del país, el desarrollo del transporte a través del tendido de líneas férreas, y el aumento de tranvías y carros con productos para comerciar también impactaron en la salud de la población, sobre todo de las ciudades, como consecuencia lógica se reportó un incremento en la tasa de accidentes que hasta el momento eran poco comunes, como los heridos por descarrilamientos o choques de trenes y los atropellados por ferrocarriles o tranvías.

De estos sistemas de transporte, los tranvías eran los que con mayor frecuencia producían las heridas conocidas como “por machucamiento”, lesiones que en buena parte de los casos provocaban la muerte o la amputación de algún miembro, particularmente de los inferiores, muchas de las cuales se infectaban a causa de la poca higiene que se guardaba en esta parte del cuerpo. Los miembros superiores, como las manos o algunos dedos e inclusive los antebrazos o brazos resultaban afectados por diversas máquinas usadas en la industria, entre las que destacaban las máquinas de vapor para moler el nixtamal.¹⁸ En los años que corrieron de 1888 a 1895 este tipo de heridas ascendieron a mil 013 casos, reportando un total de 205 decesos. Casos como el descarrilamiento de la Compañía de Ferrocarriles del Distrito, también conocida como del Valle en terrenos de la “Indianilla”, ocurrido el 29 de octubre de 1899 eran comunes en

la ciudad y el contingente de heridos, generalmente eran trasladados directamente al Juárez, donde las estancias variaban según la gravedad del caso. Específicamente en los ocho heridos del descarrilamiento de la “Indianilla” las estancias fueron desde los cinco días, de los heridos leves, hasta los seis meses, del paciente más grave, quien permaneció internado en la sala 3 a cargo del doctor Albert.

Aspectos como el pago que la compañía debía realizar a los heridos y éstos a su vez al hospital, cuya deuda por las atenciones recibidas ascendía a \$432.00 y que no podían saldar a causa del retraso ocho meses en la indemnización eran sumamente importantes, pues conformaban una parte de la problemática económica del hospital.¹⁹

El Hospital Juárez como un nosocomio cuya mayor especialidad se concentraba en enfermedades infecciosas y traumáticas, contaba con un numeroso contingente de estos últimos padecimientos, según las estadísticas en los años que corrieron de 1888 a 1895, se atendieron los siguientes casos:



La proliferación de tranvías y coches ocasiona un incremento de accidentes entre la gente

¹⁸ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie. Tomo I, núm. 12, 15 de noviembre de 1906, pp. 546 y 547.

¹⁹ *Gaceta Médica*. Tomo XXXVII, núm. 17, 1 de septiembre de 1900, pp. 327-335.

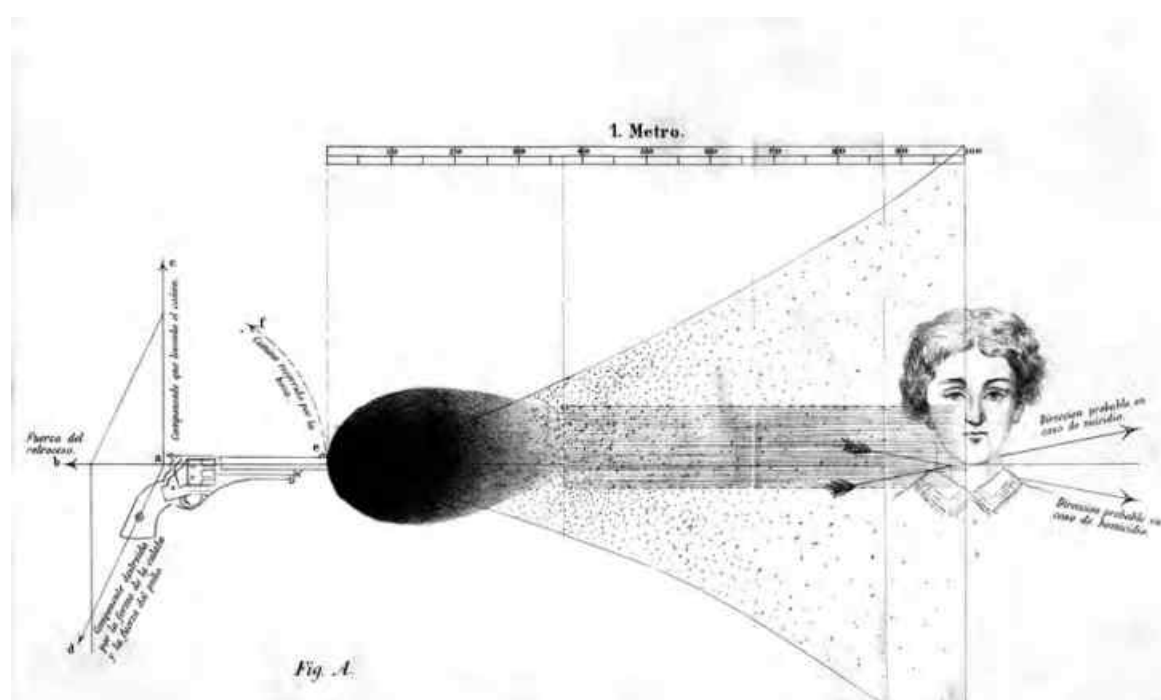
Heridas	Entrados	Muertos
Contusas	25,884	191
Cortantes	7,693	54
Punzo-cortantes	4,576	423
Punzantes	2,927	138
Contusiones	1,748	74
Por machucamiento	1,013	205
Fracturas simples	930	104
Heridas por mordeduras	892	6
Por arma de fuego	499	88
Quemaduras	406	72
Luxaciones	229	11

Fuente: Federico García Sepúlveda. *Estadística general del Hospital Juárez*, p. 33 y 34.

Las afecciones externas reportaban un porcentaje de mortalidad más bajo que el de las internas, aun cuando los casos de las primeras eran más numerosos que los de las segundas, mientras las afecciones internas tenían un 25.64 por ciento de mortalidad, las externas sólo contaban con el 3.11 por ciento. En este rubro, era raro que muriera un paciente con una lesión

curable, porque complicaciones de las heridas como la septicemia y la infección purulenta no se encontraban sino en uno que otro caso de extenso machucamiento, no obstante que muchos de los enfermos llegaban en malas condiciones, derivadas del alcoholismo y el pésimo entorno higiénico en el que habitaba la clase más necesitada de la sociedad.

Un hospital con las problemáticas económicas y, en muchos casos higiénicas, que padecía el Juárez no facilitaba la labor de sus cirujanos, lo mismo que con otros casos, las amputaciones también conllevaban sus inconvenientes, así lo hace notar el doctor Fernando Zárraga en la estadística de las amputaciones que practicó en el establecimiento desde el año de 1890, en que fue nombrado cirujano, hasta el de 1899. En este lapso, refiere que de 79 casos tuvo 64 éxitos y 17 fracasos, cifras que arrojaban una tasa de mortalidad de 20.9 por 100, que era baja si se tomaba en cuenta que la tasa del hospital completo en este rubro era de 35 por 100. De los 17 decesos que reportaba siete fallecimientos eran producto del conjunto de fenómenos llamados choque, dos más a causa de tétanos y los ocho restantes se debían a las condiciones propias del hospital, pues incluso para obtener los éxitos anotados nos decía: “[...] ¡cuántas luchas y



Heridas por arma de fuego

cuántos afanes! En esos 64 éxitos sólo he conseguido siete cicatrizaciones por primera intención.”²⁰ Sin embargo, en estos años se había logrado un pequeño avance, hacia 1888 la mortalidad general en el establecimiento era de 45 por 100, el galeno mencionaba que el abatir la tasa de mortalidad redundaría en beneficio para la sociedad mexicana en su conjunto, pues ninguna persona estaba exenta de ir a parar alguna vez a aquel hospital quirúrgico.²¹

La situación, muchas veces penosa, en que se veía inmerso el hospital no resultó un impedimento para que en su interior se realizaran avances importantes en materia médica. Médicos como Fernando Zárraga y Adrián de Garay se dieron tiempo para ensayar nuevos procedimientos como la entero-anastomosis por medio del botón de Murphy, practicada a un enfermo de hernia estrangulada con gangrena en el intestino, convenciéndose que su aplicación era sencilla y se realizaba en un tiempo menor que el necesitado para las suturas del intestino, lo que representaba una ventaja sobre todo cuando el enfermo se encontraba agotado, aunque en esa ocasión el éxito no coronó sus esfuerzos; el paciente sucumbió debido a su grave estado de salud al momento de la operación, pues presentaba signos del cólera herniario.²²

El doctor Zárraga ideó un pelvímeter interno cuyo fin era medir con la mayor exactitud posible el conjugado superior, el tamaño del pubis y el ángulo de estos diámetros, dado que la pelvimetría digital interna conllevaba un grado de error que podía provocar algunas complicaciones en los procedimientos emprendidos por el médico; con un centímetro más se podía practicar una sinfisiotomía, con uno menos la sección cesárea, con uno más podían provocar el parto un mes después, con uno menos un mes antes. El aparato era una barra graduada, terminada por una bolita que debía apoyarse sobre el promontorio y servía para medir el conjugado inferior; un pasador que deslizado marcaba la medida de este diámetro, una excéntrica



Amputación intermaleolar, conservando el periosteo calcáneo. Litografía tomada de *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*

fijaba el pasador y una barra acanalada, también fija al pasador y que arrastraba un medio círculo graduado, indicaba el valor de la inclinación del pubis, un tornillo que debía deslizar en la canaladura fijaba su longitud. Al retirar el instrumento iban fijas las dos dimensiones y el valor del ángulo, bastaba llevar el instrumento sobre un cartón y trazar una línea entre el botón de la barra y el tornillo de la acanalada para tener el valor del conjugado superior.²³

²⁰ *Gaceta Médica*. Tomo XXXVI, núm. 23, 1 de diciembre de 1899, p. 599.

²¹ *Gaceta Médica*. Tomo XXXVI, núm. 23, 1 de diciembre de 1899, pp. 596-600.

²² *Gaceta Médica*. Tomo XXXII, núm. 14, 15 de julio de 1895, pp. 310 y 311.

²³ *Gaceta Médica de México*. Tomo XXXIII, núm. 1, 1 de enero de 1896, pp. 8 y 9.

Un método muy utilizado por el doctor Zárraga para atender mujeres con peligro de aborto era el tapón vaginal. El procedimiento era aplicado en los casos de caída de la matriz, ya fuera en etapa de gestación o durante el trabajo de parto, con el objetivo de reducir aquél órgano volviéndolo a su situación normal y suministrarle firme sostén, el resultado era la regularización de las funciones, así como la pronta y fácil dilatación. En uno de sus casos, la paciente presentaba una caída de la matriz tan pronunciada que el cuello se asomaba entre los labios de la vulva, ciertos síntomas hacían presumir la muerte del producto, con esta idea en mente el galeno redujo el órgano y lo sostuvo con un tapón apropiado, dos horas después la dilatación ya era completa permitiéndole romper las membranas y evacuar la entraña. Para Zárraga esta técnica era menos peligrosa que otros medios aconsejados,



Dr. Gabriel Malda

para apoyar su punto de vista, hacía referencia a otro médico que en un caso similar, realizó la dilatación manual, ocasionando desgarres y traumatismos que provocaron una septicemia grave de la cual sucumbió la enferma.²⁴

Otros padecimientos atendidos en el hospital eran las contusiones, entre las que se contaban las de cara y cuello, tórax y abdomen, la mayoría de ellas consecuencia de riñas o accidentes. En cuanto a las fracturas se encontraban las de antebrazo, pierna y costillas, sobre el particular los tratamientos más usados en el hospital eran la extensión continua, los aparatos dextrinados o enyesados y en los niños fracturados de muslo o pierna se combinaba la extensión continua con uno de los aparatos citados. En cuanto a las fracturas de clavícula se utilizaba con buen resultado un aparato usado por el doctor Adrián de Garay.

En lo referente al procedimiento de la extensión, recomendable para el tratamiento de fracturas y algunos padecimientos articulares, el doctor Gabriel Malda utilizaba un aparato de invención propia, que le reportó resultados satisfactorios, sobre todo aplicado a huesos largos como húmero, fémur y huesos de la pierna. El artefacto garantizaba, según el autor, de manera segura y sencilla una mejor extensión. Para lograr una mejor tracción y extensión utilizaba unas pesas redondas de 2.5 kilogramos para el tratamiento de los niños y de 5 kilogramos para los adultos. El elemento principal del instrumento era una polea fija de una manera sólida, cuyo objetivo era cambiar la dirección de la fuerza sin disminuirla, aspecto en el que radicaba su originalidad; compuesto de dos planchas metálicas, en sus extremos se colocaban unas chumaceras por donde pasaban dos flechas perfectamente torneadas, que debían adaptarse a otras chumaceras en ángulo recto, de manera que el más ligero desnivel impidiera el desliz de la flecha por la chumacera, indicador de su buena colocación. Una vez niveladas, unos tornillos de presión fijaban las flechas e impedían cualquier cambio de posición. Las planchas metálicas llevaban soportes y ménsulas para aproximarse o alejarse por el

²⁴ *Gaceta Médica de México*. Tomo XXXVI, núm. 10, 15 de mayo de 1899, pp. 205 y 206.

mecanismo anterior y así adaptarse al grado de separación de las varillas del catre en que se adaptara el aparato, la polea también era móvil y podía deslizarse entre las flechas en un sentido o en otro, adicionadas con dos pequeñas chumaceras con tornillos de presión para fijarla en posición conveniente, la movilidad de la polea tenía por objeto conseguir que la cuerda que pasaba por su garganta quedara en la prolongación del eje del miembro objeto de la extensión. Las planchas del mismo se fijaban a las varillas del catre por unas correas que las dotaban de gran solidez. La forma de transmitir tracción al segmento móvil se hacía por la cuerda que pasaba por la garganta de la polea, a dicha cuerda le adaptó unos ganchos que permitieran alargarla o acortarla según la longitud existente entre los pesos y el segmento móvil del miembro, la manera en que fijaba esta cuerda al miembro, regularmente era con el método de Heniquin, un simple lienzo enrollado y formando dos asas, una de aplicación y otra de tracción, la canaladura especial y la forma que se daba al colchón, se dirigían a disminuir las resistencias evitables.²⁵

El Juárez también fue un lugar propicio para verificar y aventurar algunas teorías en cuanto a los aspectos anatómicos, como en el caso del doctor Gabriel Malda, quien a raíz de la observación de un enfermo con fractura de cráneo, puso en duda la existencia del ligamento que Jacob llamaba petro-esfenobasilar, que como consecuencia habría dado pie a una teoría errónea, en cambio insistía en la existencia de una pequeña articulación que ayudaba a explicar algunas de las formas en que la roca resistía y se fracturaba y que atendiendo a los huesos que la conformaban podía denominar articulación petro-basilar.²⁶

Hacia 1899, el doctor Tobías Núñez comunicaba a la Academia Nacional de Medicina un hecho que lo hacía suponer que la anemia cerebral era el origen del síncope; hipótesis desarrollada gracias a una paciente internada en la sala 11 del hospital Juárez, quien sufrió

una herida por arrancamiento en la piel cabelluda, la lesión de considerable extensión, abarcaba aproximadamente 4/5 partes de la cabeza. El doctor Núñez se encontraba colocando injertos de piel sobre las yemas granuladas, cuando advirtió claramente que los botones carnosos palidecían y al poco tiempo la enferma cayó en síncope. El fenómeno se repitió una segunda vez, pasando por las mismas fases.²⁷

De las heridas contusas, se atendían con mayor frecuencia las de cráneo, cara y miembro superior. Adrián de Garay refiere haber tratado a un enfermo que recibió una herida contusa entre el frontal y el parietal, además el hueso estaba fracturado y hundido, situación que provocó el escurrimiento de un poco de masa encefálica al momento de la cirugía. Al paciente se le extirpó también un pequeño tumor que se había formado por la parte abierta del cráneo; poco a poco iba recuperando algunas de sus funciones, aunque continuaba con parálisis de la cual no se curaría del todo por haber perdido sustancia cerebral. Según el galeno, el caso merecía atención debido a varios factores, primero por el éxito obtenido con la trepanación y la extirpación de los secuestros hundidos en la masa cerebral; por curar una meningitis por medio de lavatorios antisépticos intracraneales, ocasión que el autor aprovecha para hacer alusión a un estudio presentado por él en la sociedad Pedro Escobedo sobre el tratamiento de la periencefalitis crónica difusa por la trepanación y lavatorios antisépticos; por la curación completa al operar el encefalocelo y extirpar el tumor, procedimiento que casi ningún paciente sobrevivía, y por la reacción positiva del lesionado a raíz del tratamiento seguido.²⁸

Entre las heridas por arma de fuego eran más frecuentes las de tórax y abdomen, así como las de miembro inferior y superior, pero las que reportaban mayor gravedad eran las de cráneo y cara.

Justamente una herida del último tipo dio la oportunidad al doctor Fernando Gayol y Soto, encargado de

²⁵ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie, Tomo IV, núm. 10, 31 de octubre de 1909, pp. 707-712.

²⁶ *Gaceta Médica de México*. 3ª. Serie, Tomo IV, núm. 5, 1 de mayo de 1909, p. 368; y núm. 6, 30 de junio de 1909, p. 371.

²⁷ *Gaceta Médica de México*. Tomo XXXVI, núm. 5, 1 de marzo de 1899, p. 84.

²⁸ *Gaceta Médica*. Tomo XXXI, núm. 24, 15 de diciembre de 1894, pp. 459, 463.

la sala 10 del hospital de presentar por primera vez una radiografía con objeto médico legal, al Juzgado 1º. De lo Criminal; se trataba de una enferma que recibió una herida de bala en la región orbitaria derecha y que ingresó el 4 de julio de 1900 a la institución. La bala quedó incrustada en el lado derecho de la cara y ocasionó perturbaciones visuales del ojo derecho, que fueron objeto de observaciones realizadas por los doctores Montañón y Ramos, la radiografía fue tomada por el doctor Roberto Jofre, después de cicatrizar la herida.²⁹

Unos años antes, la sala 11 a cargo del doctor Tobías Núñez, fue escenario de la primera radiografía aplicada al diagnóstico quirúrgico en México, ésta se tomó a una paciente con un traumatismo en el codo derecho que le inmovilizó la articulación. El doctor Núñez relataba que ya antes de ingresar al nosocomio, había recibido atención en la Casa de Maternidad, donde le realizaron algunas maniobras para restablecer el funcionamiento de la articulación aunque sin resultado alguno.

El 29 de octubre de 1896 la paciente entró al Hospital Juárez donde fue examinada por varios médicos reunidos en la ciudad de México con motivo de la celebración del Segundo Congreso Médico Panamericano. La diversidad de diagnósticos y lo interesante del caso, provocaron que el doctor Núñez tuviera la idea de aplicar los rayos X, obteniendo una magnífica radiografía en la que claramente se observaba una luxación del codo.

La paciente fue dada de alta el 10 de noviembre, y con la prueba fehaciente de una luxación se le propuso practicar otra reducción, ella manifestó ciertos temores ya que había sufrido mucho la anterior ocasión, aún cuando se le había aplicado cloroformo. Una vez convencida, volvió al hospital el 17 de diciembre para someterse a un nuevo procedimiento; sin embargo, el médico no pudo alcanzar el resultado deseado puesto que ya habían transcurrido más de cuatro meses de la lesión, situación que dificultó la consecución de resultados positivos.

Las heridas cortantes atendidas con mayor frecuencia en el nosocomio, eran las de miembros superiores y cara, y las más graves las de tórax y abdomen. Entre las heridas punzantes predominaban las de tórax simples y las penetrantes en el vientre que eran las más graves.³⁰ Un gran éxito marcó la entrada de la antisepsia al hospital, cuyo uso se generalizó gracias al doctor Ruíz hacia 1896, aunque de forma individual ya era utilizada por los médicos de la institución desde años anteriores. Gracias a ella, cirujanos como el doctor Zárraga pudieron intentar operaciones arriesgadas obteniendo buenos resultados, como el caso de una paciente que hacia 1891, entró al hospital con una herida en la pared anterior del vientre y en la región de la fosa ilíaca, la situación de la paciente lo decidió a cortar la porción del intestino afectado, que ascendía a unos 96 centímetros, procedimiento a través del cual la operada recuperó la salud, aspectos como éste llevaban al doctor Zárraga a declarar que “tales éxitos se debían a la antisepsia: antes no los había en el Hospital de San Pablo”.³¹

Las enfermedades infecciosas reportaban buena parte del contingente de asilados del Juárez, entre las más tratadas se encontraban las fiebres eruptivas como el sarampión, la viruela, la escarlatina y la erisipela, enfermedad que provocaba algunos contagios a los enfermos de tifo, puesto que ambos departamentos eran visitados por los moscos, quienes transmitían la enfermedad a través de sus picaduras. El hospital se poblaba en época de calor de estos insectos, y en la sala de tifo, los enfermos más visitados por esos animales, resultaban de un día a otro con erisipela en la cara, aunque este fenómeno no ocurría con mucha frecuencia, por lo cual podía asegurarse que la mayor parte de los enfermos de erisipela la habían contraído en la calle. Para combatir esta enfermedad el tratamiento externo usado con más éxito fue el del doctor Luis E. Ruiz, quien utilizaba la vaselina biclorurada al uno por ciento, una fórmula del doctor Carmona y Valle. Hacia 1904 la situación de esta sala dejaba

²⁹ *Gaceta Médica*. 2ª. Serie, Tomo I, núm. 9, 1901, pp. 113-116.

³⁰ García Sepúlveda, Federico. *Estadística general del Hospital Juárez*, pp. 22-33.

³¹ *Gaceta Médica*. Tomo XXVIII, núm. 12, 15 de diciembre de 1892, pp. 440 y 441.

mucho que desear, pisos hundidos, muros ensalitrados y poco higiénicos conformaban las barracas que hacían el lugar de salas.³²

Entre las enfermedades virulentas predominaban la tuberculosis pulmonar, la sífilis y el tétanos, la mayoría de los afectados en los dos primeros rubros provenían de la cárcel de Belem. Entre las enfermedades endemo-epidémicas predominaban la gripa, los envenenamientos diversos y la lepra. Durante el periodo ya mencionado, de 1888 a 1895, entraron al Juárez 66 afectados del mal de San Lázaro y murieron 13, a causa de agotamiento u otras enfermedades concomitantes. A primera vista parecería que la enfermedad era frecuente en la ciudad de México; sin embargo, las cifras resultaban engañosas pues estos enfermos entraban y salían habitualmente del hospital, por lo que reportaban un doble movimiento.

Un medicamento muy utilizado por el doctor Fernando Zárraga con el fin de curar úlceras simples y varicosas de las piernas, era el acetato de cobre incorporado a la vaselina. Fórmula desarrollada por el doctor Joaquín Vértiz, el doctor Zárraga la aplicaba en los servicios a su cargo en los hospitales Juárez y San Andrés y con su clientela particular. Como prueba de su eficacia, consigna el caso de un enfermo del mal de San Lázaro, hospitalizado en San Andrés, quien por varios años sufrió de una úlcera en la mano y dos en los dedos del pie derecho, una de las lesiones era tan profunda que descubría la falange; con el uso de este acetato por 20 días se logró la cicatrización que no se había obtenido en varios años.³³

Otras enfermedades atendidas en el nosocomio eran la congestión cerebral alcohólica y la neumonía.

El tipo de padecimientos tratados en el establecimiento, determinaba que entre su población predominara numéricamente el sexo masculino, puesto que las riñas eran más frecuentes entre hombres, quienes continuamente concurrían a pulquerías, cantinas o fogones; mientras las mujeres, debido a la naturaleza de sus quehaceres, regularmente se quedaban en sus casas.

En un país donde la mayor parte de la población era



Mary Mallon. Folleto que describe los cuidados en la preparación de alimentos en la cárcel de Nueva York



Lavandera

³² AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 7, exp. 17, f. 15.

³³ *Gaceta Médica de México*. Tomo XXVI, núm. 14, 15 de julio de 1891, p. 288.

analfabeta, no debe sorprender que la mayoría de los pacientes también lo fuera, sobre todo si se considera que buena parte de ellos llegaban de las diversas cárceles de la ciudad de México, únicamente el 18 por ciento de ellos sabía leer y escribir, la situación se tornaba más complicada en cuanto a los registros del hospital, pues muchas de las mujeres que ingresaban, ni siquiera sabían su edad.

Además de presos, al hospital se incorporaban personas de los más diversos oficios, entre los que predominaban jornaleros, albañiles, zapateros, carpinteros, comerciantes y domésticos entre los varones, y tortilleras, costureras, lavanderas planchadoras y las registradas como en ninguna ocupación, entre las mujeres, aspectos que podrán darnos una mejor idea del tipo de pacientes que poblaban el hospital.³⁴

El saneamiento de la ciudad y el hospital

*El bello paisaje urbano del valle de México
contenía una realidad que no se encontraba
en los poemas o pinturas de la época.*

*Cualquier viajero, desde el momento en que iba
acercándose a la Ciudad, podía percibir el olor fétido.
Ni los bellos edificios, ni los bosques que la circundaban
podían esconder esa pestilente realidad;
los excrementos humanos habían convertido
a la ciudad en una enorme cloaca.*

Margarito Crispín Castellanos

Cloacas y letrinas en la ciudad de México

Desde mediados del siglo XVIII el problema de las excretas preocupaba a los pobladores de la ciudad de México, los innumerables malos olores que la caracterizaban amenazaban la salud de la población y hacían desagradable la vida en ella. Hacia 1850 la dificultad era evidente, las atarjeas no contaban con un declive que permitiera a las aguas correr hacia el canal de San Lázaro. Cualquier intento, por mejor intencionado que

fuese, de construir una letrina, condenaba a los habitantes del lugar a soportar olores fétidos por tiempo indeterminado. Los ciudadanos opinaban que las atarjeas constituían un gran riesgo para la salud, pues las 27 mil varas construidas arrojaban la poco grata cantidad de 36 mil pies cúbicos de inmundicias instaladas frente a las moradas de los habitantes de la ciudad; un grave problema era que las letrinas carecían de válvulas obturadoras que impidieran el paso de las emanaciones a las habitaciones y, dado que la temperatura de la atarjea era más elevada que la atmosférica, el cubo del común se convertía en una especie de tiro de chimenea que derivaba en la dispersión de las emanaciones por las azotehuelas y habitaciones de las viviendas.

La necesidad de mejorar el sistema de atarjeas era indudable, sobre todo si se toma en consideración que tampoco era eficaz para dar salida al agua de lluvia, que en muchas ocasiones convirtió las calles de la ciudad en una prolongación del lago de Texcoco.³⁵ La llegada de Díaz al poder marca también el último impulso de un plan largamente acariciado desde la época colonial: la completa reestructuración del sistema de albañales y cañerías de la ciudad, que entre otros beneficios acarrearía su saneamiento y la posibilidad de establecer reglas de higiene con el fin de prevenir la gran cantidad de infecciones a que estaba expuesta la población, obra que se inauguró el mes de marzo del último año del siglo, aún cuando el propio Díaz anunciara su término para 1892.³⁶

La problemática que acarrearía el defectuoso sistema de albañales y atarjeas de la ciudad no le era ajena al Hospital Juárez; en este rubro padecía severos conflictos, hacia 1891 el doctor Ruiz alertaba a las autoridades sobre los peligros que los sanitarios representaban para los hospitalizados y aún para los vecinos de las colonias cercanas. Durante esta etapa el Hospital contaba con 20 departamentos en los cuales se reunían a diario más de 600 personas, situación alarmante si se toma en cuenta que todas ellas usaban los sanitarios,

³⁴ García Sepúlveda, Federico. *Estadística general del Hospital Juárez*, p. 35.

³⁵ Castellanos, Margarito. "Cloacas y letrinas en la ciudad de México", p. 37.

³⁶ Castellanos, Margarito. "Cloacas y letrinas en la ciudad de México", p. 41.

cuyo desagüe se reunía en tres cañerías, los productos vertidos en ellas terminaban en la acequia límite del establecimiento y no tenían salida por las corrientes generales de las atarjeas, este sistema determinaba que los excrementos se estancaran y sentenciaba, que algún día la aglomeración de estos productos haría imposible la existencia en el lugar, aspecto que revestía mayor gravedad si se consideraba que muchos de los pacientes adolecían de enfermedades infecto contagiosas.

En este tenor, urgía a las autoridades a iniciar la construcción de los distintos caños de los comunes, organizados de manera que conformaran un único sistema cuya salida se dispondría en la atarjea de la calle del Cacahuatal que fácilmente conduciría los productos a la zanja del sur, donde se les daría corriente.³⁷ Los “lugares comunes” eran la clase de letrina más utilizada en la ciudad, dado que el precio de su construcción era bajo; consistían en una fosa formada por cuatro paredes a las que correspondía en lo alto un cuartito o gabinete aislado del resto de las habitaciones, la profundidad de los cubos variaba, algunos tenían el fondo al nivel de los cimientos de la finca y otros más elevado, pocos de ellos penetraban hasta descubrir las aguas del terreno. Aquellos cuyo fondo se encontraba al nivel de los cimientos o tal vez un poco más alto, estaban sujetos a limpiezas más o menos frecuentes, según la capacidad de cada cubo, aunque llegaba a suceder que por falta de limpieza reventaran e infestaran el aire de las casas y en algunos casos de toda la cuadra, algunos más, como los del Juárez contaban con corriente para las atarjeas, el principal problema de los cubos era que causaban filtraciones infectas, comunicando la descomposición a las aguas de los pozos que se hallaban a seis o más varas de distancia.³⁸

El escaso erario público impidió la renovación de comunes y cañerías sugerida por el doctor Ruiz, aspecto que dificultaba la labor diaria del Hospital, los caños se azolvaban, como consecuencia corredores y escaleras quedaban anegados, además el creciente nú-

mero de pacientes agregaba un toque más a estas dificultades, hacia 1892 había ya 672 asilados y sumando a los empleados se llegaba a la cifra de 700 personas conviviendo diariamente en la institución. El retraso en el inicio de la obra no era el mayor problema del nosocomio, considerando que no se había realizado el desazolve de los caños tapados, para darle pronta solución, la dirección tuvo que disponer de algunos enfermos para realizar la limpieza aun a riesgo de exponerlos a contraer algunas infecciones como la erisipela.³⁹ Puede decirse que gracias a la iniciativa del doctor Ruiz, el Juárez fue el primer hospital que trabajó a futuro para que sus conductos quedaran integrados al servicio de desagüe general, que se inauguró hasta el último año del siglo XIX.

La situación sanitaria enfrentada por el hospital era común en la Ciudad de los Palacios, para solucionar los problemas sanitarios causados por el defectuoso sistema de desagüe y cañerías, el doctor Maximino Ríos de la Loza recomendaba disminuir en lo posible el recargo de materias excrementicias y productos en descomposición en las atarjeas, objetivo que se lograría realizando una limpia a gran escala, estableciendo días y horas fijos para que en las casas se efectuara un derrame suficiente de agua que lavara los caños y buena parte de las atarjeas. Asimismo, destacaba la conveniencia de llevar los gases deletéreos de las atarjeas a lugares determinados, con el fin de evitar su difusión en el aire que respiraba la población, colocando tubos ventiladores y coladeras hidráulicas; sin embargo, sostenía que hacían falta disposiciones más radicales dado que la cifra de defunciones en la ciudad de México ascendió a 16 mil 855 personas en 1890.⁴⁰ Recomendaciones que no pasaron desapercibidas en el Juárez, la ardua labor higienista del doctor Ruiz quedó manifiesta en su preocupación por lograr que todas las salas fueran dotadas de modernos excusados, tubo ventilador y tinaco independiente de agua.⁴¹

³⁷ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 6, exp. 19, f. 3.

³⁸ Castellanos, Margarito, “Cloacas y letrinas en la ciudad de México”, pp. 35 y 36.

³⁹ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 6, exp. 19, f. 24.

⁴⁰ *Gaceta Médica*. Tomo XXVIII, núm. 6, 15 de septiembre de 1892, p. 210.

⁴¹ Olmo, Consuelo del, *Medicina en el siglo XIX mexicano: el Hospital Juárez 1847-1889*, p. 95.

Para 1894, el doctor Río de la Loza afirmaba con estadísticas en mano que hospitales como el Militar, el Concepción Béistegui y el propio Juárez registraban una disminución en la entrada de enfermos durante los meses de julio a diciembre de 1893, aún cuando tradicionalmente la época seca del año reportaba un aumento en los casos de enfermedades, aspecto que el autor tomó para argumentar que la mejora en el estado sanitario de la capital se debía sobre todo al lavado parcial de las atarjeas efectuado en noviembre de 1893.⁴²

En consonancia con las ideas del doctor Río de la Loza y con motivo de las obras del desagüe, los médicos de la Academia Nacional de Medicina, entre quie-

nes se encontraba el doctor Ruiz, enviaron un comunicado al Ayuntamiento de la Capital donde sugerían que las obras de albañales, atarjeas y drenajes se realizaran al mismo tiempo. Propuesta guiada en la consideración de que el drenaje de la ciudad resultaba indispensable para su saneamiento, pues su tipo de suelo, conformado por arcilla-humífera la convertía en un foco de insalubridad por sí misma, esta característica unida a la poca planeación desarrollada al cegar los canales que corrían a lo largo de la ciudad y llevaban los desechos de los habitantes al lago de Texcoco, así como al ineficaz sistema de comunes, caños, albañales, atarjeas y la ausencia de policía urbana, derivaron en la saturación de materia orgánica que sufrió el terreno, situación que unida a una temperatura que oscilaba entre los 13° y 17°, conformaban un excelente medio para la dispersión y cultivo de las enfermedades que año con año hacían perecer por millares a los habitantes de la metrópoli.

Dadas las condiciones del suelo de la capital, se hacía necesario disminuir su humedad, destruir la materia orgánica alojada en su interior y suprimir las oscilaciones de la capa subterránea de agua fijando su nivel. El drenaje llenaría estas condiciones, desecaría el subsuelo, establecería en su espesor las corrientes de aire, favorecería la destrucción de la materia orgánica y fijaría el nivel del agua ambiente, lo que acarrearía el exterminio o la atenuación de los agentes de las enfermedades. Por otra parte, si se aprovechaban las obras de albañales y atarjeas para colocar al mismo tiempo los drenes, la población solo estaría expuesta en una ocasión a los peligros que establecería la remoción del suelo y de los agentes patógenos que en él habitaban; económicamente la remoción del pavimento en dos ocasiones distintas también implicaba que la obra doblaría su costo; por lo demás, se marcaba como indispensable que durante la época de escasez de lluvias se hiciera pasar constantemente agua limpia por las atarjeas que arrastraran los desechos de ellas fuera de la ciudad, dado que las obras proyectadas aún tardarían varios años en concluirse.⁴³



Dr. Leopoldo Río de la Loza

⁴² *Gaceta Médica*. Tomo XXXI, núm. 12, 1 de julio de 1894, pp. 263-270.

⁴³ *Gaceta Médica*. Tomo XXIV, núm. 13, 1 de julio de 1897, pp. 371-375.

La inauguración de las obras del desagüe en 1900 mejoró notablemente la sanidad de la metrópoli. En el Hospital Juárez, hacia 1906, bajo la dirección del doctor Gregorio Mendizábal, ya se habían mandado construir cinco albañales en total, dos de suma importancia según explicaba el propio director, pues uno de ellos, que se encontraba cegado, había ocasionado la completa inundación de uno de los patios, el otro construido con mira al futuro, quedaba en el centro de la entrada principal y aunque no estaba conectado al interior del establecimiento, pues aún no se construía el albañal interno, significaba un gran adelanto y en el momento en que se autorizara el presupuesto, la obra debía realizarse sin dilación con el fin de contrarrestar las constantes inundaciones padecidas por el nosocomio.⁴⁴

La obra realizada por Díaz tuvo tal éxito que para 1909, el doctor Ruiz declaraba que la gran obra del desagüe del valle de México había posibilitado la realización de la mayor parte del saneamiento de la ciudad, establecido la irreprochable canalización con su drenaje en los tubos principales, sus lavados periódicos con agua abundante destinada específicamente para ello y que únicamente faltaba extender sus beneficios a los lugares de la capital que aún no contaban con ellos.⁴⁵

La guerra contra el tifo

*Cosa curiosa es, que no se quiera admitir
el contagio de individuo a individuo,
y sí se preocupen hondamente de destruir los focos de
infección; nada importa que el contagio
sea poco directo o muy directo;
lo capital es el aislamiento del enfermo.*

Fernando Zárraga
Gaceta Médica de México

El Porfiriato transformó en muchos aspectos el paisaje de ciudades como el Distrito Federal, hacia fines del siglo XIX se presentó un crecimiento en la migración de zonas rurales hacia las ciudades, para este tiempo

la ciudad de México todavía era pequeña; al norte tenía como límites las calles de Granada, Constancia, Estrella y Carpio, así como la plaza de Santiago; al sur, el barrio de Romita y las plazas de San Lucas y Santo Tomás; al oriente la plaza de la Candelaria y la estación del ferrocarril; al poniente el monumento a Cuauhtémoc y las calles de Industria y Sabino; distribución que pronto se transformaría, pues esta época marca el inicio de su expansión.

La vida en los barrios bajos de la ciudad como el de la Merced, la Palma, la Candelaria de los Patos, el Carmen, la Soledad, Santiago Tlatelolco, Martínez de la Torre y el Baratillo se distribuía entre vecindarios con patios estrechos, alrededor de los cuales se disponían las viviendas, pequeñas en su mayoría pues sólo contaban con habitación y cocina, en cada cuarto se hacinaban un gran número de personas y un solo baño debía cubrir las necesidades de todos los habitantes de la vecindad, en estos barrios predominaban las personas con oficios como los de obreros, jornaleros de talleres artesanales, albañiles y pepenadores, entre otros.



Actual calle de Tacuba, Centro Histórico de la ciudad de México

⁴⁴ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 9, exp. 5, f. 1-2.

⁴⁵ *Gaceta Médica*. 3^ª. Serie, Tomo IV, núm. 2, 28 de febrero de 1909, p. 112.

Como es de suponerse, en estos lugares las condiciones de vida eran antihigiénicas, la carencia de agua derivaba en la falta de limpieza, tanto personal como de habitaciones y en la propensión a una serie de enfermedades infecciosas que agravaban el problema de la insalubridad en la ciudad.

Sin embargo, un sector de la población se encontraba aún en peores condiciones, hombres y mujeres carecían por completo de habitación y se tenían que conformar con dormir en plazas y calles, cuando contaban con algún dinero se podían dar el lujo de albergarse en los mesones de los barrios que por demás eran unas galerías sucias y nauseabundas, en donde alquilaban un petate y un pedazo de suelo por tres centavos la noche, justamente para ellos fue creado en 1889 un dormitorio que se instaló en el callejón Ave María.⁴⁶

Para una economía industrial en creciente expansión, como la iniciada durante el Porfiriato, era conveniente activar un sistema asistencial que diera expectativas de contar con mano de obra sana y útil. Dentro de las medidas tomadas para lograr este objetivo, además de los dormitorios públicos se instalaron baños y lavaderos que podía usar la población en general. Uno de ellos se ubicó en La lagunilla y otros

fueron inaugurados en el Hospital Juárez en 1907, la obra consistiría en un callejón de entrada, con acceso a la calle sur 11, limitada hacia el norte por una pared de 4 metros de altura. Este callejón terminaría en el oriente por un vano que permitiría la comunicación con dicho establecimiento, cuando así se requiriera. El resto del rectángulo quedaría distribuido de la siguiente manera: un pasillo central que daría acceso a la sala de planchar, despacho, vestidor y regaderas para mujeres, dos cuartos divididos por cancelas con cuatro excusados, sala de aparatos, caldera, lavaderos, vestidor y regaderas para hombres.

Ambos cuartos de baño contarían con ocho regaderas, habría cuatro tanques lavaderos para la lavandería, una máquina rotativa de lavar y cuatro tanques lavaderos para los excusados. El equipo de lavandería y baños constaría de un motor eléctrico de cinco caballos de fuerza, una máquina de lavar metálica, una centrífuga, una tina para lavar a mano con cuatro divisiones y todas las llaves y válvulas necesarias para su perfecto funcionamiento en conexión con las entubaciones de agua fría y caliente.⁴⁷

Los baños y lavaderos fueron creados con el fin de inculcar costumbres de salubridad en las zonas aledañas a la institución, rasgo que denota el interés de las autoridades por la educación higiénica de las personas. En este rubro el doctor Ruiz sostuvo un papel destacado subrayando la importancia de regular hábitos y costumbres, tanto individuales como colectivos, así como de empatar los ámbitos de la vida cotidiana con la higiene; con este fin se establecieron un catálogo de conductas y prácticas higiénicas enfatizando que todo individuo debía eliminar los peligros para la salud de su cuerpo, habitación y vestimenta.⁴⁸

Años más tarde los baños y lavaderos fueron adjudicados al Departamento de Salubridad Pública con el fin de iniciar una campaña contra el tifo que implicaba aspectos como el baño diario y el despiojamiento; sin embargo, fueron derruidos hacia 1926 con el fin de ensanchar las zonas de hospitalización del Juárez.⁴⁹



Mapa de la ciudad de México

⁴⁶ Aguirre Arvizu, Virginia. *De la Beneficencia a la Asistencia Pública en México (1876-1940)*, pp. 16 y 17.

⁴⁷ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 9, exp. 17, f. 9 y 10.

⁴⁸ Agostoni, Claudia. "La salud pública durante el México porfiriano (1876-1910)", p. 254.

⁴⁹ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 9, exp. 17, f. 1-12 y caja 14, exp. 19, f. 1 a 8.

En medio de poblaciones como las descritas anteriormente, las campañas enfocadas en la higiene pública fueron de vital importancia en el combate de enfermedades como el tifo exantemático o tabardillo, consideradas como infecto contagiosas.

El tifo fue una epidemia que asoló por varias décadas al país, los rebotes de la misma eran una constante en la ciudad de México registrándose un aumento, que llegó a la categoría de epidemia en 1892 y 1903, durante la primera oleada el doctor Luis E. Ruiz impuso la estadística médica en el hospital. El Consejo Superior de Salubridad consideró en 1884 y 1889, que la enfermedad tenía en gran parte un origen fecal, el miasma se desarrollaba en los caños, atarjeas y comunes azolvados, el veneno tifógeno era reproducido por el organismo que infectaba y era transmisible de hombre a hombre con tal fuerza que hacía del tifo exantemático la más contagiosa de las enfermedades tíficas. Sin embargo, al aceptar que la enfermedad era transmisible quedaron fuera de observación determinados hechos orientadores, como el que no hubo propagación de la enfermedad entre el Hospital Juárez, donde había dos barracas dedicadas a enfermos de tifo, y las casas de la acera de enfrente y que en cambio sí llegó a darse un brote entre los hospitales Juárez y San Hipólito, provocado por las ropas que llevaban los pacientes trasladados de una institución a otra, pues en este tiempo no era común que se realizara el aseo y desinfección de las prendas de los enfermos remitidos al hospital. Ante tal situación, el Consejo Superior de Salubridad recomendó la administración del baño y la desinfección conveniente de las ropas de los convalecientes que serían remitidos a San Hipólito, estas medidas fueron coronadas con un éxito completo, pues no volvió a presentarse otro caso de tifo en San Hipólito; empero, al no dar un seguimiento adecuado a la iniciativa y sus resultados, se desperdició una preciosa oportunidad para descubrir al agente transmisor del tifo.⁵⁰

La presencia de personas con enfermedades infecto contagiosas como el tifo en un hospital con un alto

número de personas con padecimientos traumáticos representaba un peligro latente de contagio, con esta idea en mente el doctor Ruiz ordenó el traslado de los primeros a la misma zona donde se encontraban confinados los lazarinos.⁵¹

La existencia de enfermos contagiosos, determinó que hacia 1896 el Juárez fuera la única institución de la ciudad que contaba con una gran estufa fija de desinfección por medio de vapor; la otra gran estufa era locomóvil, con el fin de trasladarla a las casas cuando fuera posible para practicar la desinfección de la ropa y las habitaciones al mismo tiempo.⁵²



Iglesia de San Hipólito

⁵⁰ Bustamante, Miguel E. "La situación epidemiológica de México en el siglo XIX", pp. 442 y 443.

⁵¹ Olmo, Consuelo del, *Medicina en el siglo XIX mexicano: el Hospital Juárez 1847-1889*, p. 95.

⁵² *Gaceta Médica*. Tomo XXXIII, núm. 12, 15 de junio de 1896, pp. 279-283.

La situación del hospital se complicaba durante los frecuentes rebrotes epidémicos de la enfermedad, un año particularmente difícil en lo referente al tifo, fue el de 1892-1893, época en que se presentó una fuerte epidemia, pues llegó a albergar un total de 3 mil 435 pacientes, de los cuales 2 mil 082 eran hombres y 1 mil 353 mujeres, de ellos salieron un total de 2 mil 422 del nosocomio y murieron 955, ese año la mortalidad anual fue de 27.59 por ciento, cifras que contrastan con el ciclo de 1894 a 1895, en que únicamente fueron atendidos 436 pacientes, de los cuales salieron 318 y fallecieron 122, con una mortalidad anual de 27.98 por ciento. Los años de mayor entrada de pacientes al hospital eran justamente aquellos en que la epidemia anual de tifo era más fuerte y la tasa de mortalidad se relacionaba más estrechamente con el aumento o disminución de individuos atacados de enfermedades infecciosas, que con el número de ingresos.



Petatero

En 1896 el hospital albergaba a 192 enfermos de tifo, la mayoría de ellos, llegados de la cárcel de Belem donde se había iniciado una epidemia, esta aglomeración de enfermos hacia difícil la vida hospitalaria, pues ni siquiera alcanzaban a cubrir la demanda de ropa para los pacientes, tomando en cuenta que no se podían utilizar las prendas de los contagiados en otros establecimientos. En este año el número total de asilados ascendió a 692 y para atender al crecido número de infectados de tifo se había hecho necesario despojar a otros pacientes de sus ropas y colchones, y se enfrentaba una escasez de otros enseres como bacinicas esmaltadas, sábanas, fundas y termómetros, todos ellos necesarios para el buen funcionamiento del hospital.⁵³

Según las estadísticas, la forma que revestía el tifo en el Juárez era la adinámica-benigna, atáxica y atoxo-adinámica, la adinámica y en raras ocasiones, la hemorrágica. Algunas de las principales complicaciones que los médicos enfrentaban contra el tifo eran la gangrena tanto de los miembros inferiores, como de la vulva, de las regiones trocaterianas y sacra, y la parcial en los brazos; la pulmonía; las parotiditis; la congestión cerebral; la bronquitis; los flegmones; la enterocolitis; la erisipela; el aborto; el catarro bilioso; las neuralgias; la hepatitis intercelular; la pleuro-pneumonía; las otitis, artritis y miositis. Entre los atacados por esta enfermedad en 1888 a 1895, se encontraban en mayor número los jornaleros, zapateros, albañiles, carpinteros, cargadores, comerciantes, domésticos, tejedores y panaderos, entre los hombres y entre las mujeres las dedicadas al servicio doméstico,⁵⁴ casi todos ellos provenientes de lugares como la Cárcel de Belem, la Escuela Correccional, el hospital de San Hipólito y la Escuela Industrial de Huérfanos.⁵⁵

Médicos tan reputados como el doctor Ruiz aseguraban que la afección aumentaba en otoño y llegaba a su máximo en invierno; opinión sustentada en los experimentos que había realizado en compañía del doctor Fernando Zárraga, cuya conclusión era que en

⁵³ AGN, Gobernación, Secc. 4ª, caja 889, exp. 3, sin folio.

⁵⁴ García Sepúlveda, Federico. *Estadística general del Hospital Juárez*, pp. 19, 21, 42, cuadro 6.

⁵⁵ *Gaceta Médica*. Tomo XXX, núm. 4, 15 de agosto de 1893, pp. 149-152.

la ciudad de México existía una correlación entre las oscilaciones de la capa subterránea y el grado de frecuencia de los casos de tifo, aspecto que explicaba su incremento durante los meses secos y su disminución en los lluviosos, característica que la metrópoli compartía con algunas ciudades europeas como Munich y Berlín.⁵⁶

El propio doctor Ruiz como encargado de las salas 12 y 13, especiales para tíficos, se preocupó por ensayar algunos métodos, que si bien no eran novedosos, si rendían algunos frutos. El método tónico antiséptico se componía de varias fases: la primera consistía en la observación de las reglas de higiene en las habitaciones ocupadas por los enfermos, continuaba con desinfecciones sistemáticas de boca e intestino, la administración de tónicos que ayudarían al paciente a sostener la lucha entre los que destacaba la eficacia de la estricnina inyectada, así como de los medicamentos requeridos. Para comprobar el éxito de su método, el doctor Ruiz presentaba una estadística de 41 enfermos procedentes de la Escuela Correccional, quienes recuperaron la salud en su totalidad, aun cuando varios de ellos presentaron formas graves de la enfermedad.⁵⁷ Es de notarse que al inaugurarse las salas 16 y 17, el 15 de enero de 1893, también consignadas a enfermedades infecto contagiosas, los médicos encargados de ellas, José Alfaro y Manuel Pérez Arredondo siguieron en la mayoría de los casos de tifo el método recomendado por el doctor Ruiz.⁵⁸

Las frecuentes epidemias de tifo que asolaban a la ciudad provocaban que existiera un gran interés por terminar con el contagio, son numerosos los artículos de la *Gaceta Médica de México* dedicados al tratamiento de esta enfermedad, la situación era tan apremiante que en varias ocasiones este fue tema de los concursos anuales de la Academia Nacional de Medicina, como en el que presento su método tónico antiséptico el doctor Ruiz.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos no se lograba

combatir eficazmente la infección, en la búsqueda del vector de contagio y el grado de contagiosidad se desataron varias polémicas, una de ellas inicia en 1906, entre los doctores Ángel Gaviño e Ignacio Prieto de los institutos Bacteriológico y Patológico respectivamente. La disputa tomó tal relevancia que el propio presidente Díaz, a través de Justo Sierra, ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, ofreció una recompensa de 50 mil pesos, distribuidos de la siguiente manera: \$20,000 como premio al descubridor o descubridores del germen del tifo; \$20,000 al o a los que lograran producir la inmunización contra la enfermedad y los \$10,000 restantes a quienes ayudaran directamente a resolver los problemas anteriores.⁵⁹

Los médicos del Juárez no estuvieron exentos de esta polémica, Fernando Zárraga y Tobías Núñez sostenían que la enfermedad era contagiosa en alto grado, como



Recamarera

⁵⁶ *Gaceta Médica*. Tomo XIX, núm. 3, 1 de febrero de 1893, pp. 49, 89.

⁵⁷ *Gaceta Médica*. Tomo XXXII, núm. 9, 15 de abril de 1895, pp. 149-171, 173-186.

⁵⁸ *Gaceta Médica*. Tomo XXX, núm. 4, 15 de agosto de 1893, pp. 122, 129 y 130.

⁵⁹ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie, Tomo I, núm. 6, 15 de mayo de 1906, p. 266.

prueba de ello recordaban a las víctimas que había cobrado la enfermedad en el Juárez: el deceso del prefecto Alfonso Lares, el contagio de los doctores Hinojosa, Mauricio Flores, Joaquín Crespo, Manuel Calderón, Berruecos, Egea y Galindo que fue atacado dos veces y el propio director de las salas Luis E. Ruiz, así como de un enfermero, cuatro enfermeras y varios estudiantes, se decía que prácticamente ninguno de los médicos, practicantes y enfermeros que habían estado en el servicio de la sala de tíficos del Juárez habían dejado de contraer la enfermedad.⁶⁰ De la misma manera, el doctor Zárraga llamaba la atención sobre el hecho de que los empleados del guardarropa del hospital fueran contagiados de esa enfermedad, pues por lo menos había seis casos que así lo demostraban.

El doctor Porfirio Parra también realizó su aportación sobre los factores que determinaban la propagación de la enfermedad, hacia 1908, publicó en la *Gaceta Médica de México* un artículo titulado “algunas costumbres del público de México que pueden influir en la propagación del tifo”, donde a más de

lamentarse del poco avance que habían tenido los estudios bacteriológicos para encontrar el agente patógeno del tifo, insistía en tres vectores de posible contagio: el primero, se refería al tratamiento de la ropa sucia de cama o ropa blanca de las personas, que en muchos lugares se amontonaba para después llevarla a lavar sin el menor temor de juntar la ropa de quienes estaban sanos con las prendas de los atacados de tifo, por lo cual recomendaba extremar las medidas de higiene; otro vector lo constituía la estrecha convivencia con perros y gatos y el último la falta de higiene en instrumentos y útiles de peluquería.⁶¹

La presencia regular de enfermos de tifo en el Hospital, determinó que se buscaran las mejores condiciones posibles de atención a los contagiados y de seguridad para la institución, por lo que hacia 1908 se construyó una barraca para tíficos, ubicada en la zona del gran corral, con una extensión de 30 por 8 metros, con el fin de albergarlos en un lugar alejado del establecimiento y donde pudieran consignarse también los pacientes del hospital General, pues por órdenes del Secretario de Gobernación, los enfermos de tifo únicamente recibirían atención en el Juárez.⁶²

El interés por descubrir el agente de contagio y con él un tratamiento eficaz para la enfermedad, llevó a médicos de otras latitudes a realizar investigaciones en México, tal fue el caso de John F. Anderson y Joseph Goldberger, pertenecientes a la Marina de Estados Unidos. Hacia 1909 desarrollaron experimentos en el hospital General sobre el agente transmisor del tifo, cuyos resultados los llevaron a concluir que, al igual que lo había demostrado Charles Nicolle en Túnez, la probabilidad de que el transmisor fuera el piojo blanco, también llamado piojo del cuerpo era muy elevada. Con el mismo fin Howard Taylor Ricketts, se trasladó al país, realizando sus experimentos con ayuda del Instituto Bacteriológico Nacional en monos traídos de Asia, entre los que destacó también el papel del piojo blanco como transmisor. Desgraciadamente,



Manifestación popular durante la epidemia de tifo

⁶⁰ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie, Tomo I, núm. 6, 15 de mayo de 1906, pp. 206 y 224.

⁶¹ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie, Tomo III, núm. 5, 31 de mayo de 1908, pp. 379-383.

⁶² AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 9, exp. 27, f. 1 y exp. 28, f. 2.

en el curso de sus investigaciones se contagió de tifo y murió en la ciudad de México en mayo de 1910,⁶³ los interesantes trabajos de estos médicos sembraron la semilla de la curiosidad entre los investigadores mexicanos y el mes de marzo del mismo año de 1910, el doctor J. P. Gayón notificaba que el Instituto Bacteriológico iniciaba investigaciones propias con el piojo blanco; en este tenor, resaltaba la recomendación de los doctores Anderson y Goldberger, sobre que las medidas profilácticas y sanitarias destinadas a combatir la enfermedad, estuvieran encaminadas a la destrucción del piojo;⁶⁴ sin embargo, fue hasta 1917 que inició la campaña sanitaria contra el tifo epidémico basada en ese vector.⁶⁵

La Escuela Nacional de Medicina y el Hospital

¿Qué debemos, pues, educar en el futuro médico?

Sus sentidos: la vista, el tacto, el oído.

¿Qué más para que pueda hacer buenos diagnósticos?

Enseñarle a hacer inferencias inductivas, a clasificar el caso presente en un grupo conocido. Creo que esto es lo que se debe ejercitar de preferencia.

Porfirio Parra

Gaceta Médica de México

Durante la última etapa del siglo XIX, la medicina fue objeto de grandes cambios, particularmente emanados de la integración a esta disciplina de ramas como la química, la física, la biología y las matemáticas; el desarrollo de nuevos instrumentos o el perfeccionamiento de los ya existentes y la influencia del modelo anátomo-clínico francés, cuyo objetivo ya no se restringía únicamente a comprender la patología del cuerpo, sino también su estado normal. En esta restructuración del saber médico, las instituciones hospitalarias ocuparon un papel fundamental, en virtud de su capacidad para concentrar un gran número de en-

fermos, ayuda preciosa para médicos y estudiantes, quienes tendrían la posibilidad de obtener conclusiones sobre las enfermedades al analizar un gran número de casos y ampliarían su enseñanza práctica, respectivamente.⁶⁶

La clínica fue parte importante de la enseñanza médica eminentemente práctica, podía ser médica, quirúrgica, obstétrica o de cualquier otra especialidad. Médicos eminentes del hospital Juárez como Adrián de Garay, Fernando Zárraga y Porfirio Parra se inclinaban por la importancia de la clínica en la formación del médico; sin embargo, un punto álgido frecuentemente fue el de los horarios de trabajo, para el practicante resultaba difícil ajustar el servicio puntual y eficaz en el hospital con la asistencia a los cursos de la Escuela de Medicina, hubo ocasiones en que los



Dr. Howard Taylor Ricketts

⁶³ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie. Tomo V, núm. 5, mayo de 1910, pp. 187-191 y 192-206

⁶⁴ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie. Tomo V, núm. 12, diciembre de 1910, pp. 529-531.

⁶⁵ Bustamante, Miguel E. "La situación epidemiológica de México en el siglo XIX", p. 430.

⁶⁶ Rodríguez de Romo, Ana Cecilia. La biomedicina en el México de la Segunda Mitad del siglo XIX, pp. 222 y 223.

horarios se hacían incompatibles y a un mismo tiempo debían estar en ambas partes, por lo que hacia 1893 se acordó que a los estudiantes que laboraran en un hospital no se les obligara a asistir a la clase de clínica, su presencia en la institución sería suficiente y contaba como asistencia a la cátedra.⁶⁷

Los practicantes del Hospital Juárez, nos regalan un retrato de sus actividades dentro del hospital, la carga de trabajo se hacía particularmente pesada los años en que crecía el número de pacientes ingresados al hospital, como pasó en 1901 cuando cada uno de ellos debía atender en promedio a 70 u 80 heridos, muchos de los cuales contaban con un estado de salud muy delicado, pacientes que exigían mayor atención por

parte de los practicantes que el resto de los heridos. Para cubrir esta carga de trabajo debían laborar jornadas más largas, de las siete de la mañana a la una de la tarde, aunque había algunas ocasiones que terminaban su servicio más tarde aún. El hospital absorbía la mayor parte de su tiempo libre, aún los días festivos. Por otro lado, el sueldo de 12 pesos mensuales, no correspondía con la tarea realizada, aspecto que se agravaba pues la recarga en sus deberes les impedía obtener un segundo empleo y además tenían el inconveniente de no recibir hospedaje ni alimentos en la institución, como si ocurría en los hospitales de dementes y maternidad.⁶⁸

Al ser inaugurado el Hospital General en 1905, la Secretaría de Gobernación dispuso que ahí se concentrara el mayor número posible de clínicas. El doctor Eduardo Liceaga, como director de la Escuela Nacional de Medicina argumentó que el primer curso de clínica quirúrgica no podía impartirse en el citado nosocomio, pues a este establecimiento no llegaban pacientes con accidentes traumáticos; en este tenor, la instrucción quirúrgica y el conocimiento de los traumatismos más frecuentes sería deficiente, el objetivo era hacer eminentemente práctica la enseñanza de la medicina, por tanto la clínica quirúrgica debía continuar impartándose en el Juárez como se había hecho desde hacía ya 50 años. Gobernación autorizó que la escuela contara con una sala de hombres en el Juárez, pues los traumatismos eran más frecuentes y variados en los varones que en las mujeres, siendo éste el único curso impartido en el hospital.

El deterioro físico del hospital también perjudicó al local en el que se impartió la clínica quirúrgica, situación que orilló a Eduardo Liceaga a intervenir, y el mismo año de la inauguración del Hospital General, fueron restaurados el piso y la gradería con el fin de acondicionar el espacio para el siguiente ciclo escolar.

El 22 de noviembre de 1906 se anunció el nuevo plan de estudios para la carrera de medicina que se impartía en la Escuela Nacional de Medicina, este



Dr. Porfirio Parra

⁶⁷ Rodríguez, Martha Eugenia. *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, pp. 121-132.

⁶⁸ AHSSA, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez, caja 7, exp. 12, f. 1-6.

plan señalaba que tanto las carreras de médico cirujano como las de especialidades se estudiarían a la par en la escuela de medicina y en el hospital General, así como en los hospitales especializados, disposición con la cual la instrucción práctica cobraba un papel fundamental que le permitía lograr una sólida consolidación. Se establecía que además de impartir las cátedras en la propia escuela y en los hospitales, también se aprovecharían los elementos ofrecidos por instituciones como el Almacén Central de Beneficencia, el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, el Instituto Médico Nacional, el Patológico, el Bacteriológico e instituciones parecidas que se fundaran en lo sucesivo.⁶⁹

Uno de los requisitos para sustentar examen profesional era la práctica clínica, en esta etapa para cubrir una plaza de practicante la Escuela de Medicina presentaba una terna al director del hospital, quien analizaba a los candidatos y otorgaba el nombramiento comunicando de inmediato su decisión a la Secretaría de Gobernación e Instrucción Pública, quien se encargaba de conceder las licencias con o sin goce de sueldo a los practicantes. Una vez que el practicante obtenía el título de médico cirujano era su deber renunciar a la plaza que ocupaba.

Las clínicas cubrían dos esferas de interés: la asistencia de los enfermos como función social y el cuidado de los mismos como medio educativo, aspectos que conllevaron el desarrollo de una simbiosis entre el practicante y la institución hospitalaria.

Por lo regular en los hospitales los servicios médicos se hacían en la mañana como a las siete, hora a la que se presentaban tanto médicos como practicantes, sus responsabilidades consistían en hacer guardias por turnos asignados con el fin de recibir a las personas que ingresaran, pasar visita a los internos para observar el curso de sus padecimientos y las alteraciones sufridas a diario. Para lograr el óptimo desarrollo de las clínicas, la Escuela de Medicina pretendía que los profesores fueran los jefes de las salas de cada hospital.

La relación entre practicantes y médicos se estrechó cada vez más, para el primero representó la oportunidad

de armarse de los mejores elementos disponibles para desempeñar su labor. Dado que el papel del maestro se centraba en formar facultativos prácticos, más que médicos eruditos, era lugar común afirmar que la verdadera instrucción del futuro médico se adquiría a la cabecera del enfermo, donde podía reflexionar sobre los casos observados.

Las clases de clínica fueron irregulares en el Juárez, en ocasiones los practicantes debían abandonar el hospital para asistir a las clínicas del General, en medio de esta situación el director Fernando Zárraga formalizó la autorización ante la Secretaría de Gobernación para impartir cinco cursos de clínica, tres de interna y dos de externa que se desarrollaron en el nosocomio desde 1907. El contingente de alumnos atraído por las clínicas creadas por el galeno provocó un cambio en la percepción de la comunidad médica hacia el Juárez. Según Ezquerro, hasta antes de Zárraga a las condiciones materiales correspondían en



Dr. Eduardo Liceaga

⁶⁹ Rodríguez, Martha Eugenia. *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, p. 106.

cierto modo las de organización técnica, razón por la cual, no obstante la fuerte personalidad quirúrgica adquirida por médicos y practicantes del hospital, el establecimiento era visto con desdén por la mayoría de los médicos y aun por los estudiantes de la Facultad y no era tomado en cuenta como institución científica, a pesar de la valía y prestigio personal de muchos de sus médicos.⁷⁰

Entre los maestros que impartieron la cátedra de clínica médica en el hospital, figuraban hacia 1907 Juan Peón del Valle en tercer año, Guillermo Parra en cuarto y Gregorio Mendizábal para el quinto, en lo referente a la clínica quirúrgica Adrián de Garay se hacía cargo del tercer año, Ricardo Suárez Gamboa del cuarto y Fernando Zárraga del quinto.

El doctor Adrián de Garay, profesor de clínica externa expresaba que al comenzar a impartir esa materia en mayo de 1909 no contaba con una sala acondicionada especialmente para el efecto, la otorgada carecía de instrumentos, útiles o aparatos, así como de las condiciones higiénicas necesarias; situación que cambió poco tiempo después, para el mes de julio se le asignó la sala número 20, de reciente construcción.



Escuela Nacional de Medicina, 1913

Más que una sala era un departamento quirúrgico, con 40 camas, amplio, con luz y ventilación, además contaba con una salita para las clases orales, una más destinada a las operaciones y otra para curaciones, dotadas con los muebles e instrumentos requeridos, entre ellos un esterilizador de agua, cajas para desinfectar instrumental, mesas de operaciones, vitrinas, entre otros enseres. Adrián de Garay impartía varias clases al mes, 26 de operaciones, 11 clases orales, cuatro en el anfiteatro y 34 dedicadas al estudio de los enfermos. Su dedicada labor educativa se sustentaba sobre la idea de brindar una amplia educación práctica a los alumnos, cada uno de ellos tenía asignada una cama de la sala, contrayendo la obligación de atender a los enfermos y estudiar sus casos particulares. Para que la formación fuera completa procuraba que los propios estudiantes se encargaran de colocar aparatos, hacer curaciones, aplicar cloroformo y practicar o ayudar en las operaciones quirúrgicas.

La labor del Hospital Juárez como centro de enseñanza incitó la idea de conformar en su interior un departamento de electroterapia dependiente de la Escuela Nacional de Medicina. En enero de 1908 comenzaron los trabajos para acondicionar el espacio cedido al futuro servicio.⁷¹ El departamento se encontraba abierto desde las 8:30 de la mañana y hasta el mediodía, en él trabajaban dos ayudantes, una enfermera y el jefe del mismo quien pertenecía al personal académico de la Escuela, siendo responsable de los aparatos que ahí se utilizaban y del buen servicio, por lo tanto las quejas por morosidad o falta de cumplimiento que el hospital comunicara a la Escuela serían sancionadas por el director de la misma.

El Reglamento del Departamento de Electroterapia del Hospital Juárez entró en vigor el 1 de diciembre de 1909, su objetivo era brindar un servicio completo de electro-diagnóstico y electroterapia al hospital, sobre todo a las clínicas de la Escuela Nacional de Medicina establecidas en la institución y enseñar a los alumnos las aplicaciones de la electricidad médica. Una misión más del departamento de electroterapia

⁷⁰ Ezquerro Peraza, R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos*, p. 20.

⁷¹ AHENM, FEM y A, leg. 322, exp. 14, fs. 7, 17, 22.

era la formación de un museo radiográfico normal y patológico.

Además de estas labores, también se realizaban radioscopias de cabeza, cuello y tórax, entre otras; exploraciones radioscópias de vientre; se localizaban abscesos hepáticos por radioscopia; se realizaban sesiones de corrientes de alta frecuencia, de faradización y galvano-faradización, de ionización, se aplicaba galvanización y se realizaban exploraciones eléctricas de la reacción de degeneración.⁷²

Algunos meses después de su fundación, la Escuela de Medicina dispuso que en este departamento se sometiera a tratamiento radioterápico a alumnos de las escuelas nacionales y en 1910, se adquirió un tubo de rayos X con el fin de tratar a los niños afectados de tiña de las escuelas pertenecientes a la Dirección General de Educación Primaria.⁷³

Como otros descubrimientos, el uso de rayos X para el tratamiento de tiña, se dio casi por accidente; la euforia causada por los rayos descubiertos por Roetgen en 1895, provocó su uso continuo, lo que derivó en la pérdida temporal del cabello tanto de los pacientes como de los médicos que habían sostenido un contacto cercano con ellos; con esta evidencia se procedieron a hacer los primeros experimentos para combatir la tiña en el cuero cabelludo, donde su erradicación era muy complicada pues los parasiticidas no eran capaces de llegar hasta las profundidades en que se alojaban los hongos. Para lograr un tratamiento más o menos eficaz, se hacía necesaria la avulsión de los cabellos enfermos que hasta el momento, sólo se podía efectuar por medios mecánicos, como el uso de pinzas o por procesos supurativos provocados de forma artificial.

Los rayos X lograban el mismo efecto de una forma más rápida; sin embargo, para su aplicación había que tomar en cuenta ciertas precauciones, lo primero era considerar la protección de las partes sanas, para lo cual se usaban láminas delgadas de plomo u hojas de

papel estaño, dejando en el centro una abertura para la región a tratar. La pérdida de cabello comenzaba a presentarse hasta las tres semanas cuando la aplicación se hacía de forma correcta, por lo cual resultaba costoso y peligroso efectuar sesiones cortas todos los días hasta que comenzara a darse la depilación, puesto que se exponía al paciente a una radio dermatitis muy intensa y a alopecias que podían llegar a ser irremediables en lugar de transitorias.

Según la disposición de los pacientes, frecuentemente niños, se recomendaba realizar una sesión de 20 minutos o dos de 10, tiempo suficiente para lograr la erradicación del hongo y recuperar el cabello sano a los tres meses.⁷⁴ Bajo esta dinámica de trabajo, tanto el hospital como la población en general se vieron inmersos en una revolución, que poco ayudó a resolver la ya de por sí difícil situación económica del nosocomio.



Dr. Adrián de Garay

⁷² AHENM, FEM y A, leg. 322, exp. 14, f. 21-22.

⁷³ AHENM, FEM y A, leg. 322, exp. 14, f. 7 y exp. 16, f. 27.

⁷⁴ *Gaceta Médica*. 3ª. Serie, Tomo IV, núm. 7, 31 de julio de 1909, p. 500 y núm. 8, 31 de agosto de 1909, pp. 515-517.

El 14 de enero de 1889 se estableció una clínica dental en el Hospital Juárez bajo la dirección del profesor Miguel de Jesús Bachiller. A la clínica podían asistir los aspirantes al título de cirujano dentista, el servicio se destinaba a los enfermos del hospital aunque también podía concurrir el público en general, los estudiantes únicamente podían operar en presencia del profesor o de la persona que éste autorizara, siempre y cuando lo hiciera por escrito, de la misma forma los practicantes podían realizar operaciones



Dr. Wilhelm Conrad Röntgen

dentarias en cadáveres, previa autorización de las autoridades locales.

La dictadura de Porfirio Díaz dio pie a una profunda transformación en el país, impulso que no se detendría con la revolución. Durante esta etapa, el Hospital recibió algunos beneficios aunque no los suficientes para mejorar la situación de sus instalaciones; sin embargo, puede decirse que fue a partir del fin del porfiriato que logró encumbrarse como una de las principales instituciones médicas del país.

Grandes personajes desempeñaron una ardua labor en él, baste mencionar como ejemplos a Luis E. Ruiz en el campo de la higiene y a Fernando Zárraga en el de la cirugía, para colocarlo en un alto puesto dentro del desarrollo médico nacional. Ensayos de medicamentos eficaces, nuevos procedimientos y operaciones espectaculares conforman el contingente de trabajos realizados en el Juárez.

La presencia de enfermos infecto contagiosos, lo colocó en un lugar preponderante tanto en aspectos sanitarios e higiénicos, como en los esfuerzos por entender y atender epidemias como el tifo, que año con año cobraban un gran número de víctimas.

La estrecha relación que esta institución tuvo con la Escuela Nacional de Medicina se manifiesta en la intensa actividad desempeñada por varios de sus médicos, muchos de los cuales ejercieron su profesión en ambas instituciones, cabe señalar que prácticamente todo el personal médico del hospital pasó por las aulas de la Escuela de Medicina en su época de estudiante, donde muchos de ellos, al paso de los años, también se desempeñaron como directores.

El Hospital Juárez durante la Revolución

1911-1917

Sandra Martínez Ortiz y Carlos Viesca Treviño

A mediados de 1911 la dictadura porfirista llegaba a su fin. A partir de ese momento, los constantes enfrentamientos entre las diversas facciones revolucionarias derivaron en una caótica situación política y económica del país. Entre 1911 y 1917 personajes como Madero, Huerta y Carranza obtuvieron el con-

trol del Estado y tuvieron que cederlo ante sus enemigos, no sin la ruptura de los grupos revolucionarios que disputaron amplias zonas de dominio, entre las que se encontraba la ciudad de México, circunstancia que se vio reflejada en instituciones como el Hospital Juárez, donde la continuidad de muchas de las obras



Entrada principal



Dr. Germán Díaz Lombardo



Plaza de la Constitución en la Decena Trágica

emprendidas durante la dictadura fue mermada, aunque no detenida en su totalidad, pues los revolucionarios también creían en el adelanto científico e industrial del país, con un enfoque distinto al del régimen anterior, pues conllevaba un mayor apoyo a las bases, gracias a las cuales se había desarrollado la Revolución.

La vorágine revolucionaria acomete al Hospital Juárez

El periodo de 1911 a 1917 fue complicado para la institución. Por una parte el país estaba envuelto en constantes enfrentamientos lo que dificultó el auge económico; por otra, los directores se vieron mezclados en el juego de poder, eran nombrados y cedidos de sus puestos según la fracción revolucionaria en el gobierno. Personajes como Germán Díaz Lombardo quien tomó en tres ocasiones distintas las riendas del nosocomio, Gabriel Malda, Fandila R. Peña, Eduardo Fritsch, Adrián de Garay y Adolfo Oribe, fueron los encargados del establecimiento durante este periodo. Como puede verse el Hospital era un reflejo de la situación política del país.¹

La participación del Juárez en la gesta revolucionaria fue muy activa, episodios como la Decena Trágica y el ataque estadounidense a Veracruz atrajeron al nosocomio un gran contingente de pacientes. Muchos de los muertos durante el golpe contra Madero fueron incinerados en la institución. No sólo historias de muerte se escribieron en el Juárez durante este acontecimiento, el doctor Miguel Otero recibió un paciente con una herida de bala a la izquierda de la región frontal, misma que llegó hasta la región temporal. Su condición se hallaba agravada porque otra bala le había perforado el hígado y el colon, gracias a la intervención del citado galeno y del doctor Rosendo Amor, el paciente salvó su vida, quedando sólo con ligeras neuralgias.²

El año de 1913 fue de gran actividad, el establecimiento atendió a 8 mil 089 personas. Los 477 asilados, atendidos por 24 médicos y 22 practicantes en 17 salas, con que contaba en marzo de 1914, puso en

¹ Velasco, 1947, pp. 129-131.

² Otero, *Gaceta Médica de México*. Tomo X, núms. 9-12, 1915, pp. 405 y 406.

alerta a las autoridades quienes realizaron un comparativo con 1905 en donde un total de 19 médicos y 25 practicantes habían atendido a mil 252 pacientes diseminados en 15 salas. Concluyeron que había un exceso de médicos en la institución. Al respecto el doctor Fandila R. Peña argumentó que sólo lo había en apariencia, puesto que a cada galeno le tocaba atender a 20 pacientes, suficientes si se tomaba en cuenta la índole de los padecimientos atendidos en el Hospital. Un argumento significativo era que la situación podía mudar de un instante a otro, pues en cualquier momento podían ocurrir incendios, temblores, motines o revoluciones que obligarían al Hospital a recibir un gran número de heridos y en este tipo de acontecimientos todos los médicos harían falta.

La certeza de su afirmación no se hizo esperar, en abril de 1914 el gobierno de Woodrow Wilson perpetró una invasión en el puerto de Veracruz, acontecimiento que provocó la resuelta participación de muchos ciudadanos contra el invasor. La Escuela Nacional de Medicina levantó una enérgica protesta y ofreció sus servicios profesionales para salvar a la patria y se reclutaron médicos civiles que desearan prestar sus servicios gratuitos durante la guerra en la reserva del Cuerpo Médico Militar. En este tenor, el Hospital Juárez quedó bajo las órdenes del Ministerio de Guerra, anexo al Hospital Militar de Instrucción, el doctor Manuel S. Soriano fue comisionado como jefe de operaciones y el doctor Rosendo Amor pasó al Servicio de Cirugía. Para mayo se habían recibido cerca de 370 heridos procedentes del norte,³ por lo cual hubo que trasladar a los pacientes civiles a otras instituciones y disposiciones de la Beneficencia Pública. Se recibió en el hospital a los indigentes sometidos a tratamiento preventivo de la rabia que estaban a disposición del Consejo Superior de Salubridad quienes pusieron en aprietos a la institución por el espacio y el personal.⁴

La participación del Hospital en este suceso no impidió la reducción de su presupuesto, que acarreó como consecuencia el cese de funciones de dos



Barcos americanos en Veracruz, 1917



Dr. Manuel Soriano



Dr. Rosendo Amor

³ Soriano, Gaceta Médica de México. Tomo IX, núm. 1, 1914, p. 142.

⁴ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 20, f. 13, 16, 37.



Enfermeras especializadas



Servicio médico de la policía, 1913

médicos externos, que en ese momento resultaba sumamente perjudicial para la institución. Como una forma de conservar íntegro al personal, el doctor Peña propuso que su sueldo se cubriera con cargo a la partida de gastos extraordinarios, propuesta que resultó bien aceptada pues un tiempo después se autorizó la creación de una plaza de médico externo supernumerario.⁵

Tal vez como una consecuencia de la situación bélica por la que atravesaba el país, la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes pidió que el Hospital Juárez facilitara sus instalaciones al cuerpo de instructores para señoritas que prestaban servicio en oficinas públicas, con el fin de impartir en el establecimiento clases prácticas de enfermería, así como de permitirles acercarse a los aspectos quirúrgicos al presenciar algunas operaciones y curaciones. Al rendir el informe respectivo, el doctor Peña declaraba que habían comenzado a asistir al hospital e inclusive alguna de ellas se había encargado de la administración de éter y otra había realizado una intervención quirúrgica.⁶

Los trabajos de mantenimiento

La época revolucionaria fue complicada en el aspecto económico, buena parte del presupuesto se canalizaba en el mantenimiento de la milicia y el pago de indemnizaciones, como aconteció durante los años de 1911 y 1913, periodo en el que los gastos en el primer rubro aumentaron 81 por ciento.⁷ Con este panorama en puerta, puede comprenderse que durante esta etapa el Juárez enfrentó dificultades en cuanto al reacondicionamiento y las reparaciones necesarias para su buen servicio.

Hacia 1913, a instancias de la Junta Inspectora de la Beneficencia Pública se separaron niños y adultos en salas respectivas; sin embargo, para 1914 el director del Hospital advertía que el piso de la sala 6, donde se asilaban los niños y una de las más antiguas, se encontraba en un estado alarmante, pues en algunos lugares el piso de ladrillo se había hundido y los infantes corrían el riesgo de caer a la sala inferior. El nosocomio tuvo que enfrentar carencias de colchones y ropa

⁵ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 20, f. 39 y exp. 21, fs. 6, 7.

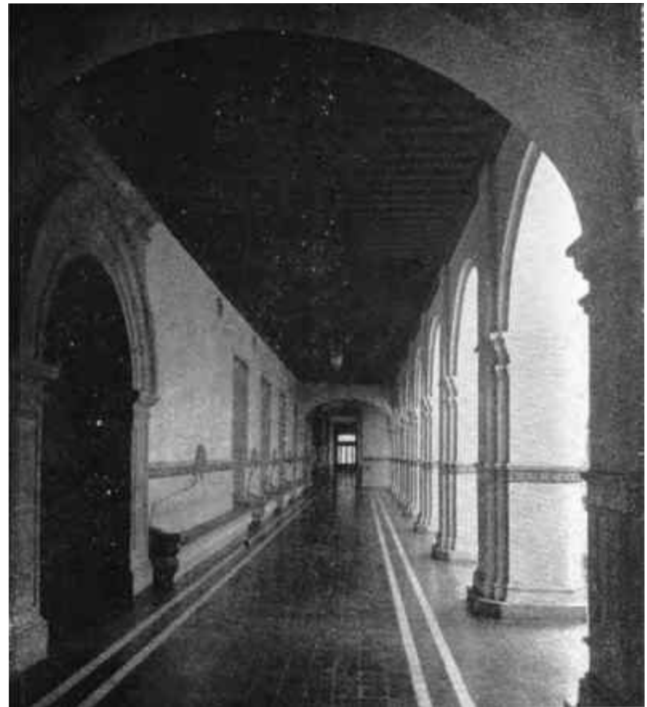
⁶ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 20, f. 29 y 33.

⁷ Garcíadiego, 2008, p. 37.

para los asilados, además de la cocina instalada en el patio, el hundimiento del techo del cuarto de operaciones de la sala número 2, la avería del carro que conducía los cadáveres del Hospital al panteón, desperfectos en la plomería de las salas 2, 3 y 9, así como en los baños, lo que ocasionaba filtraciones de agua y materia fecal.⁸

Sin embargo, en el Juárez los esfuerzos no cesaron. Directores como Gabriel Malda, quien se retiró del puesto tras la caída de Madero, bajo las fuerzas de Victoriano Huerta, y su sucesor German Díaz Lombardo continuaron su labor. El doctor Díaz Lombardo llamaba la atención de las autoridades sobre el mal estado en que se encontraba el viejo edificio que albergaba al Hospital, pues entre otras cosas carecía de dormitorios para enfermeras, médicos internos y practicantes, así como para el administrador y comisario, de igual forma no existía comedor para empleados, ni para enfermeras. Las salas daban un mal aspecto debido a su extensión, a la dificultad para mantenerlas higiénicas y al mal estado de las camas. Mención aparte merecían las barracas, que debían desaparecer en el menor tiempo posible, trasladando a los enfermos infecciosos a instituciones más propicias para su atención, pues en el hospital constituían una frecuente fuente de contagio que ponía en peligro, incluso de muerte, al resto de los asilados.⁹

La petición del doctor Díaz Lombardo se hizo realidad en julio 1913, cuando los enfermos de tifo e infecciones diversas fueron trasladados al Hospital General. Casi de inmediato, el director en turno Fandila R. Peña dispuso la quema de las cuatro barracas dedicadas a ellos y en el espacio que ocupaban se construyó una cancha de tenis para uso de los médicos, creada a instancias de los practicantes.¹⁰ Cabe señalar que varias de las obras realizadas durante este periodo se debieron a la iniciativa del personal, como la instalación del vestidor para cirujanos y una sala de anestesia general con lo cual quedó completo el Departamento de Operaciones.¹¹



Uno de los corredores



Dr. Fandila R. Peña

⁸ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 19, fs. 5 y 6; exp. 23, f. 7, 18, 25.

⁹ Velasco, 1947, pp. 121 y 122.

¹⁰ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 14, fs. 7, 9, 10, 37.

¹¹ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 23, f. 3.

Un logro de la gestión del doctor Peña fue la anexión del jardín del frente y el antiguo templo de San Pablo al Hospital, con el fin de dar a los alumnos un lugar adecuado para estudiar, a los familiares de los pacientes un sitio de espera y el espacio para las futuras modificaciones y ampliaciones que necesitara el establecimiento, pues consideraba que en poco tiempo sería necesario disponer el Hospital en forma de pabellones aislados conforme al sistema radiado.¹²



Templo de San Pablo



Jardín del frente del Hospital Juárez

A instancias de la Dirección de Beneficencia, en 1914 fue abierta una Sala de Obstetricia, que se logró instalar en poco tiempo y con poco gasto gracias a la baja en el número de varones que ingresaron al hospital, quienes pudieron ser trasladados a otras salas con el fin de desocupar una para este servicio.¹³ Asimismo, se creó una Sala de Disección en el anfiteatro, sin reportar gastos extras al presupuesto.

En busca de la regulación

Una institución como el Hospital Juárez dedicada a atender a distintos tipos de pacientes, necesariamente enfrentaba problemáticas relacionadas con la diversidad de personas que convivían en su interior, como presos, soldados que debían cuidarlos y custodiarlos, enfermos de lepra quienes hacían de este lugar su hogar forzoso, personas libres tanto indigentes como quienes podían pagar los servicios que la institución prestaba y por supuesto el personal que laboraba en el hospital, médicos, enfermeras, mozos, cocineras, afanadoras, entre otros que, literalmente, vivían en el establecimiento. Diversidad que no contribuía a conservar el orden en la institución.

Hacia la segunda década del siglo XX, la disciplina al interior del viejo Hospital de San Pablo dejaba mucho que desear, ante esta situación directores como Gregorio Malda y Fandila R. Peña, se preocuparon por establecer una serie de lineamientos que regularan sus actividades.

Esta labor tomó mayor importancia cuando el doctor Peña giró una disposición con el fin de prohibir que se fumara en las salas. Instrucción recibida con desagrado por parte de los asilados, particularmente de la sala 3, quienes levantaron una airada protesta ante el Secretario de Gobernación por la injusta prohibición; entre los argumentos que enarbolaban era que el problema quedaría subsanado si se prohibía que se arrojaran las colillas de los cigarros a las escupideras y conminando a los pacientes a salir a fumar en las zotehuelas de las salas.

¹² AHSSA, BP, HJ, caja 10, exp. 14, fs. 25 y 26.

¹³ AHSSA, Beneficencia Pública, Hospital Juárez, caja 10, exp. 19, fs. 22 y 35. 20 de febrero y 30 de marzo de 1914.

Al ser cuestionado sobre sus razones para instaurar esta regla, el director Peña respondía que no lo movían únicamente motivos morales, de buena conducta o los materiales que esta costumbre ocasionaba, como los causados a los pisos de madera; sino que eran más importantes las razones que atendían a la salud pública, pues el humo del tabaco resultaba sumamente perjudicial para los enfermos del aparato respiratorio, además el tabaco exacerbaba todas las enfermedades y provocaba una más: el tabaquismo. Otra razón de importancia era que los reclusos de las salas 2 y 3 no sólo fumaban tabaco, sino también marihuana que sus familiares enviaban mezclada entre los cigarros, intoxicación que ya había provocado riñas sangrientas y suicidios entre los pacientes y como prueba enviaba varias muestras de cigarros que contenían marihuana, recolectados durante la última requisa practicada en el Hospital. Además, los reglamentos de manicomios y hospitales prohibían fumar dentro de las instalaciones y una institución hospitalaria tenía el deber de contribuir a inculcar buenas costumbres entre las masas.

A raíz de los argumentos y las pruebas presentadas, el Secretario de Gobernación aprobó la regla y pidió la aplicación de un enérgico correctivo a quien resultara culpable de introducir marihuana al Hospital.¹⁴

Uno de los sectores más preocupantes para el orden de la institución era el de los enfermos de lepra. Buscando regularizar su situación, el doctor Malda consultaba al director de la Beneficencia Pública sobre la conveniencia de que los afectados del mal de San Lázaro tuvieran vía libre para salir del hospital a pasear por la ciudad cuantas veces lo desearan, pues a más de correr el peligro de contagiar a otras personas, regresaban en mal estado a causa de las bebidas embriagantes que ingerían durante sus salidas.

Las razones expuestas llevaban al doctor Malda a abogar por la reclusión total de los leprosos, disposición que fue aceptada y generó toda una serie de protestas de los 25 enfermos de la sala 17, quienes defendían su derecho a salir una vez a la semana, en su

calidad de hombres y mujeres libres, como una forma de menguar el hastío que provocaba el confinamiento al que debían sujetarse,¹⁵ en virtud de sufrir una enfermedad de la cual la ciencia no había podido develar aún sus secretos, puesto que, como lo señalara el doctor Jesús González Ureña, ni siquiera se conocía la fuente de contagio. Otro problema en cuanto a la atención de este padecimiento era que los innumerables medicamentos recomendados para la lepra resultaban poco eficaces y los más efectivos, como el aceite de chaulmoogra tropezaban con serios inconvenientes al ser administrados, pues en su aplicación subcutánea resultaba sumamente doloroso y por vía gástrica causaba serios trastornos digestivos, situación adversa que el médico había podido subsanar mezclando este aceite con eucaliptol. El mismo galeno, notificaba



Portadilla de *La lepra en México*, de González Ureña

¹⁴ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 14, fs. 33-36.

¹⁵ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 14, foja 41.

hacia 1913 que había comenzado a ensayar con un nuevo procedimiento la leprolina de Rost, que había mandado pedir al doctor del mismo nombre a Bombay, quien le envió los cultivos del bacilo de Hansen para reproducirlos en el país, de los que se había encargado el doctor Tomás G. Perrín, cuya importancia radicaba en que por vez primera se veían cultivos vivos del bacilo leproso, con sus reproducciones obtenidas por siembras en un laboratorio de la ciudad.¹⁶

El impulso por coadyuvar a la disciplina y buen funcionamiento del Juárez, alcanzó a todos los sectores que lo conformaban, las enfermeras no fueron la excepción y se dictaron disposiciones para regular la asistencia forzosa de las enfermeras mayores a los cursos de clínica; así como su obligación de presenciar la hora de visita, con el fin de vigilar el orden y evitar que los familiares llevaran comestibles, bebidas, ropa o armas a los asilados.

El reglamento económico para el cuerpo de enfermeras establecía que sus horarios de labores serían de 6:15 a.m. a 7 p.m., durante los meses de abril a octubre y de 6:45 a.m. a 6:30 p.m. de noviembre a marzo.

El citado reglamento prohibía a las enfermeras em-

plear a los pacientes en los servicios del Hospital, salvo previo consentimiento del prefecto, situación común en el Juárez, pues en ocasiones los asilados se encargaban de tareas como resanar y repintar el edificio, trabajo por el cual se les pagaban 15 centavos diarios.

La destitución era el castigo por las faltas cometidas contra la moral y el no asistir debidamente a los enfermos.¹⁷ Otros aspectos que se encargaban de normar eran los referentes al aseo personal y de los dormitorios de las enfermeras, dentro de sus obligaciones se contaban la de bañarse dos veces por semana y hacer ejercicio al aire libre una hora diariamente, les estaba vedado el uso de peinados exagerados, perfumes o maquillaje, permitiéndoles únicamente el uso discreto de polvo. Sólo podrían salir de sus salas para asuntos del servicio a las horas que no tuvieran actividad y para salir del Hospital debían contar con el permiso de la enfermera en jefe, quien se encargaba de señalar los días de la semana en que podían disfrutar de su descanso, para lo cual otorgaría una boleta en que constara la fecha del permiso y el tiempo por el que gozaran de licencia, el portero debía recoger las boletas y permitir la salida estrictamente hasta la hora marcada en ella y se encargaría de anotar su hora de regreso.

Hacia 1914, el doctor Peña aduciendo razones de orden higiénico, educativo, estético y de moda, dispuso que tanto practicantes como enfermeras portaran uniformes blancos en sus horas de servicio. En el caso de los practicantes el uniforme reglamentario estaría compuesto por zapatos, pantalón, bata y gorro blancos.¹⁸ Por su parte el uniforme de las enfermeras se compondría de un vestido sencillo, cuya manga tendrá en la parte inferior abertura, ojal y botón que le permitiera arremangarla cuando las necesidades del servicio lo requirieran, delantal de tela fuerte con peto y hombrecas, cuello duro y bajo, corbata de lazo, gorro con el distintivo correspondiente y botas de tacón bajo. Todas las prendas debían ser blancas y lavables a excepción de los zapatos.



Enfermeras

¹⁶ González Ureña, Gaceta Médica de México. Tomo VIII, núm. 11, 1913, pp. 297-301.

¹⁷ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 11, foja 19.

¹⁸ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 19, fojas 1 a 3 y 8.

Entre sus deberes también se encontraba el tratar con respeto a médicos y practicantes, llamándolos “señor doctor” y “señor practicante”, y no recibir en sus dormitorios bajo ningún pretexto a varón alguno.

Para 1915, el doctor Adrián de Garay, entonces director del nosocomio, dispuso una serie de prevenciones generales en tanto se conformaba el reglamento de la institución. En estas prevenciones ya se estipulaba la obligación del médico de impedir que enfermos y empleados fumaran dentro de las salas, procurar que los pacientes se bañaran una vez por semana, evitar la presencia de enfermos contagiosos en las salas, ni siquiera tratándose de infecciones quirúrgicas, quienes debían concentrarse en una estancia especial y vigilar que todas las vendas utilizadas fueran esterilizadas.

Los pacientes tenían derecho a recibir visita dos veces por semana, pero quienes reportaran un estado grave de salud podían recibirlos a diario y aún a horas extraordinarias según juicio de cada médico; asimismo, se establecía la posibilidad de que los enfermos salieran a los corredores y jardines para tomar aire y sol.¹⁹

Para lograr el buen funcionamiento del hospital, era vital preocuparse por su higiene, circunstancia que llevó al doctor Peña a señalar, ante el director de la Beneficencia Pública, la condición lamentable en que se encontraban las salas 5 y 6 a causa de unas caballerizas pertenecientes al Consejo Superior de Salubridad que provocaban una gran concentración de moscas y humedad en ellas, por lo cual pedía que se sacaran del hospital y se anexara el local que ocupaban para instalar un departamento de admisión, encargado de realizar el aseo general de los enfermos, antes de su ingreso al hospital. El citado departamento contribuiría a transformar la situación del guardarropa, donde se apilaba la ropa sucia y en este estado les era devuelta a los pacientes dados de alta, además el lugar era sucio y, en palabras del propio director, guardaba humedad, olores nauseabundos, insectos y ratas.

La invasión estadounidense a Veracruz provocó que los planes de mover las caballerizas del Hospital fue-

ran aplazados, como una medida temporal el director propuso que el guardarropa fuera dotado de luz y aire, aseado y desinfectado, al tiempo que las prendas de los asilados se lavaban en los baños Juárez o se entregaban a los familiares, para que a partir de ese momento el local únicamente resguardara prendas limpias.²⁰ Otra de las labores del doctor Peña en el hospital fue la de organizar el archivo clínico, que según el propio



Campeños pobres emigran a la ciudad



Pasillo del Hospital Juárez

¹⁹ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 11, expediente 1, fs. 1-2.

²⁰ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 20, fs. 10, 11, 20, 21, 25; exp. 14, f. 28. 1913.



Entrada de Francisco I. Madero a la ciudad de México, 1910

director era un montón desordenado de papeles húmedos y mal olientes mezclados con escobas, cubetas viejas y otros cachivaches producto de las bajas hospitalarias.²¹

Conclusiones

La etapa revolucionaria resultó complicada para el Hospital Juárez. Las condiciones económicas y políticas derivadas del movimiento no facilitaron su, ya de por sí, difícil labor. Sin embargo, su activa participación en los diferentes sucesos de la gesta revolucionaria, los esfuerzos emprendidos por su personal para acondicionar, de la mejor manera posible, su lugar de trabajo y el afán de sus directores por regular la vida del establecimiento, son muestras de una institución sumamente vital.

Asimismo, puede decirse que la regulación constituyó un paso esencial para disminuir y, en algunos casos, eliminar hábitos nocivos que aquejaban al Hospital y restaban mérito a sus aportes en la práctica médica de la nación.

La prohibición de fumar en las salas, la entrada a los visitantes, las frecuentes salidas del establecimiento a los atacados del mal de San Lázaro y establecer el uniforme obligatorio para médicos practicantes y enfermeras, son algunos aspectos que muestran un interés por normar la vida hospitalaria de una institución que, a diario, enfrentaba situaciones complicadas, causadas en buena parte por la índole de sus asilados.

²¹ AHSSA, BP, EH, HJ, caja 10, exp. 23, fs. 2.

El Hospital Juárez

La reconstrucción, 1917-1946

Carlos Viesca Treviño

Tiempos de agitación política, fueron estos primeros años del periodo aquí abordado, y también tiempos de inestabilidad para el Hospital Juárez. Sus directores, al igual que los gobiernos revolucionarios, se sucedían con gran rapidez y todavía después de que Carranza quedó establecido en el poder cuatro de ellos figuraron en un lapso de menos de cuatro años. El doctor Adolfo Oribe, ya nombrado por Carranza, fue sustituido, ya entrado 1917, por Gilberto de la Fuente, quien solamente estuvo unos meses al frente del establecimiento. Su sucesor, Francisco Castillo Nájera permaneció poco más de un año, tiempo semejante al que fueron directores Felipe Ferrer Beynon y Guadalupe Gracia García, con quien llega 1921. En ese momento, nuevamente en paralelo con lo que sucedía en el país, se empiezan a estabilizar los asuntos y sólo dos directores más llenarán el periodo: José Torres Torija, de 1921 a 1929, y José Castro Villagrana, desde entonces a octubre de 1939, mediando un breve interinato de Rubén Leñero durante unos meses que Castro Villagrana se ausentó a fin de visitar algunos hospitales y ver, trabajar y cambiar impresiones con distinguidos cirujanos norteamericanos y europeos así como asistir al XI Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía en Bruselas.



Dr. Francisco Castillo Nájera

El estado del Hospital en 1917 y los primeros intentos de reconstrucción

En el reporte elaborado desde la Dirección de la Beneficencia Pública para la configuración de la memoria correspondiente al gobierno del Distrito Federal se



Dr. Felipe Ferrer Beynon



Funeral de Don Venustiano Carranza

presentaba una imagen sombría de la institución: “Dada la índole del establecimiento, no ha sido posible darle un carácter eminentemente científico, como al Hospital General, por ejemplo, pues ni las construcciones del edificio se prestan para ello” (citado por Velasco Ceballos, 1934: 131). La comparación con el Hospital General era evidentemente peyorativa y no venía al caso, pues ambos eran hospitales de enseñanza y mantenían, aún con altas y bajas, buen nivel de prestigio y ambos habían sufrido las penurias organizativas y económicas de los años de lucha armada.

Francisco Castillo Nájera fue quien recibió al hospital en tan tristes condiciones y con tan poca apreciación por parte de la Dirección de la Beneficencia Pública, de quien dependía su presupuesto. Su arribo a la dirección se identifica con el proyecto de arreglar una sala de curaciones destinada a recibir a los pacientes que llegaban de urgencia al Hospital y con el acto de desinterés que le llevó, al no serle entregado durante los meses siguientes el presupuesto que ya estaba autorizado, a ofrecer su propio sueldo para emprender la obra (Velasco, 1934: 131; Vargas, 77). Una vieja bodega a la que se dotó de una amplia ventana y se comunicó mediante una puerta hecha en el muro con la antigua y pequeña sala de curaciones; provisión de agua corriente y drenaje, piso de mosaico, paredes estucadas, un cancel de vidrio, un lavabo fijo, un esterilizador de agua, instalación eléctrica, una mesa nueva para curaciones y las vitrinas para el instrumental hicieron el milagro. El 14 de julio de 1919 la nueva sala era inaugurada y el acontecimiento tuvo gran repercusión como respuesta al desánimo que prevalecía tras largos años de abandono. Castillo Nájera no tuvo tiempo para emprender más reformas, pero la vía quedaba trazada.

El reto fue tomado por Felipe Ferrer Beynon, quien de inmediato, todavía siendo julio, procedió a continuar las pequeñas obras de mejora de las instalaciones, habilitando en el viejo y lúgubre anfiteatro, que estaba prácticamente en ruinas, una pequeña sala que cumplía las funciones laicas de una capilla mortuoria. En agosto presentó el proyecto para un dormitorio para empleadas, tanto enfermeras como gentes de los servicios de limpieza y de cocina, ya que el que tenían se estaba cayendo, habiéndose tenido que apuntalar

su techo. Vistos estos empeños con buenos ojos por las autoridades correspondientes ante la evidencia de las necesidades a resolver, la cosa no pasó de allí, pues los presupuestos jamás arribaron al Hospital. El general Arturo Lazo de la Vega, para entonces director de la Beneficencia, calificaba al Hospital de estar en una condición desastrosa, aceptando la necesidad de reparaciones en el exterior y el interior de sus edificios; y no solo eso, sino también reconocía la falta de equipo e instrumental, y hasta ropa de cama y camisones para los enfermos. El desabasto había llegado a extremos insoportables.

Al no lograr con el simple despertar de la conciencia recabar fondos, los directores de los hospitales y el de la Beneficencia acordaron buscar fondos para sus instituciones en la esfera de empresarios e inversionistas, a quienes se pretendió —y muchas veces con éxito— involucrar en el porvenir de las instituciones hospitalarias y contar con su ayuda para su obtención. A este fin se crearon los Consejos Técnicos Consultivos por decreto presidencial del 12 de octubre de 1919 y el del Hospital Juárez fue establecido el 2 de mayo del año siguiente en una ceremonia presidida por el presidente de la República, Venustiano Carranza. Sólo cinco días después, el 7 de mayo, el doctor Ferrer, leal a ultranza, abandonaría el Hospital y la capital para seguir al Primer Mandatario en la hégira que le llevaría a la tragedia de Tlaxcalantongo.

El Hospital quedó acéfalo hasta el nombramiento, ahora emanado del general Álvaro Obregón, del médico y general José Guadalupe Gracia García. Algunos autores ubican el acontecimiento el 14 de julio de 1920, es decir poco más de un mes después de la salida de Ferrer (Velasco, 1934: 133), mientras otros lo posponen hasta el 7 de octubre de ese mismo año, lo que significaría cinco meses sin que el hospital tuviera director (Vargas, 79). Hasta el momento no se han localizado documentos que avalen una u otra fecha de manera definitiva.

Gracia García tenía en su haber una amplia experiencia en la organización de servicios médicos en campaña, en donde, apoyando al general Obregón, había compartido acciones en más de una ocasión con Castillo Nájera, había participado de manera importante en la organización y funcionamiento de la Cruz



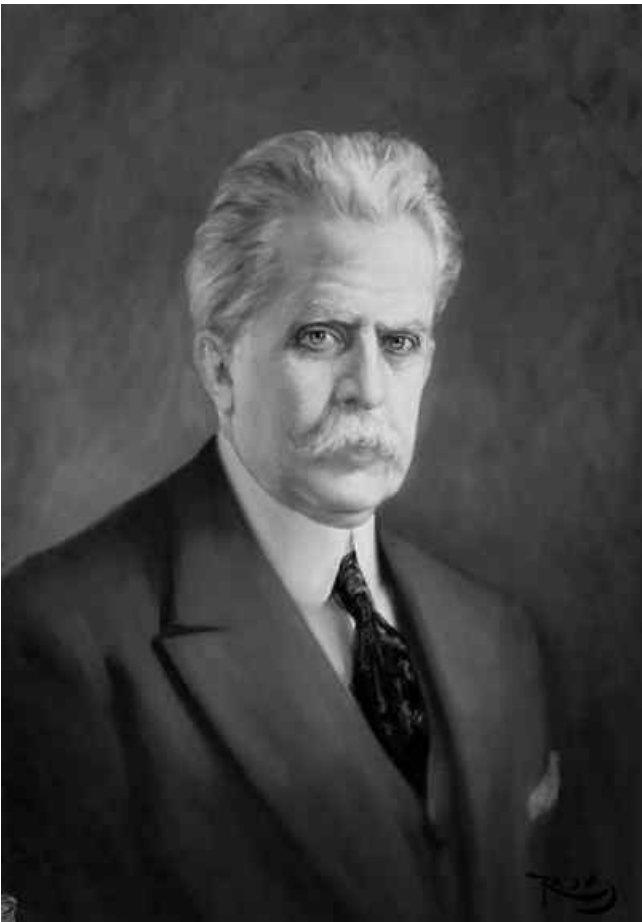
Dr. y Gral. José Guadalupe Gracia García



Julián Villarreal aplicando una raquianestesia

Blanca Neutral, de la cual fue presidente, y también había contribuido a modernizar la enseñanza en la Escuela Médico Militar a partir del 1º de julio de 1916 en que tomó a su cargo la dirección de dicho establecimiento. Pero ante todo, había sido médico interno y luego practicante en el propio Hospital, lo que le acercaba afectivamente a él de manera definitiva. En esos tiempos había llevado a cabo, en 1910, la primera raquianestesia con cocaína que se realizara en este nosocomio. Ya director, enfocó su mejor esfuerzo en conseguir dinero a fin de iniciar la tarea imperativa de la renovación del hospital. A su labor en este sentido es lo que él mismo denominó el inicio de la “5ª etapa” en la vida del Hospital (Gracia, 1926: 119).

La sala de curaciones de Castillo Nájera es, por supuesto, obra digna del mayor encomio, pero no deja de ser una obra menor en el pleno sentido de la palabra. Y conste que había sido la única que fuera llevada a efecto en varios años. Un disparador fue la motiva-



Dr. Guillermo Parra

ción de Gracia para iniciar toda una etapa de construcciones, nacida a partir de la solicitud de autorización, por parte del doctor Guillermo Parra, director de la Escuela Nacional de Medicina para hacer un local que funcionaría como aula para las clases de clínica que se impartían en el Hospital. Parra insistía con ello en el interés que se mantenía en la Escuela para que el Hospital Juárez continuara siendo, al lado del Hospital General, sede prioritaria para sus cursos de clínica. El aula en cuestión estaría al lado de un grupo de salas que estaban totalmente arruinadas y no implicaba obras mayores, pues era, al fin de cuentas, el acondicionamiento razonable, pero al fin y al cabo provisional, de un cuarto. El costo total de la obra lo calculaban —Parra y Gracia— en \$500.00, lo cual era a la vez irrisorio y parecía difícil de obtener. No obstante, Gracia ofreció al director de la Escuela un terreno que se encontraba libre de construcciones, frente del anfiteatro y le pidió pensar en la realización de una construcción formal. La obra se llevó a cabo y se concluyó adecuadamente, y es entonces cuando Gracia aprovecha sus relaciones políticas al invitar al secretario de Hacienda, general Adolfo de la Huerta para que, junto con el director de la Escuela Nacional inaugurara la obra, que era premonitoria de una nueva época en la vida del Hospital, en la que se esperaba una renovación material de fondo que correspondiera a la renovación académica que se emprendía.

El acto inaugural se siguió de un recorrido por el Hospital, durante el cual De la Huerta, impresionado por el terrible estado de las construcciones y el desabasto que en general reinaba y, ante la insistencia de Gracia para que se hiciera efectivo el apoyo económico que el gobierno venía ofreciendo al Hospital tiempo atrás, a fin de que se aplicaran algunas partidas del presupuesto de egresos al reacondicionamiento del hospital. De hecho, De la Huerta había ofrecido a la Escuela su apoyo económico para construir el local para clínicas que entonces se inauguraba, pero la sorpresa fue grande cuando ofreció ni más ni menos que 50 mil pesos, cifra exorbitante que Gracia García no había imaginado. Es evidente que el ofrecer no empobrece, pero tampoco sería justo negar mérito al general De la Huerta, quien creyó contar con esa suma de dinero, la cual sería recabada a través de la organización de una

corrida de toros. Sin embargo, la corrida fue un fracaso y nuevamente las esperanzas de autoridades y personal del Hospital se desvanecieron (Gracia, 1926: 117).

Gracia, empero, no cejó en su intento y pronto lo vería coronado por el éxito al recibir el fruto de una medida general que se revelaría de gran utilidad: la reinstalación de la Lotería Nacional, suprimida no mucho antes por Carranza, y que ahora enarbolaba el lema de “para la Beneficencia Pública”. En un principio, refiere Gracia que el general de la Huerta le aconsejó no informar a la Beneficencia Pública acerca del proyecto que traían entre manos. Pero la segunda sorpresa fue mayor que la primera al recibir una llamada de don Ramón Ross, nuevo director de la Beneficencia, quien le informaba que el secretario de Hacienda había acordado poner a su disposición el doble de lo que se había previsto en la primera consideración: es decir \$100,000. Para más, de noviembre de 1920 a noviembre del año siguiente, cerca de un millón de pesos habían sido entregados por la Lotería Nacional a la dirección de la Beneficencia y la mayor parte de ellos fueron gastados en la rehabilitación de hospitales e instituciones de asistencia social entre los cuales se contaba el Hospital Juárez.

Velasco Ceballos, el historiador oficial de los establecimientos relacionados con la Beneficencia Pública en la década del 1930, señalaba con toda verdad que “jamás se había gastado, en junto, una suma tan considerable como la invertida en estas obras” (1934: 133). Aclaremos que se refería a obras de reacondicionamiento, no de construcción total, aunque es de señalarse que dicho reacondicionamiento fue hecho a fondo, no utilizándose sino los muros antiguos como sostén y sustento del hospital y haciéndose todo lo demás de nueva cuenta. Seis salas para hombres, las que llevarían los números 1, 3, 5, 7, 9 y 11 fueron levantadas y equipadas en la parte oriente del hospital, frente a los terrenos en los que estaban las aulas de la Escuela Nacional de Medicina, que finalmente quedaron instaladas en un pabellón dedicado a la docencia, el cual contaba con dos salas, situadas al frente del pabellón, a las que fueron agregados los laboratorios y la sala de rayos X en la parte posterior (Velasco, 1947: 348).

En estos tiempos se contaban entre el personal mé-

dico algunos personajes de importancia, como puede apreciarse en el listado siguiente: los médicos adscritos eran Miguel M. Brun, Luis Gutiérrez, Manuel M. Soriano, Eliseo Ramírez y Fernando Siliceo; los internos: Esteban Pous Cházaro, Salvador Uribe, Rafael Vargas Otero, Gustavo Gómez Azcárate y José Rojo de la Vega, y como médicos externos José Torres Torija, Gaudencio Hernández, José Castro Villagrana, David Caraveo, Carlos Dublán, José S. Amor, Rafael Ramos Méndez y Antonio Torres Estrada (Velasco, 1947: 344; Vargas, 79).

El hospital requería de un nuevo reglamento para regular sus actividades y funciones, y Gracia puso también manos a la obra, dejando un documento de gran solidez conceptual y de utilidad práctica, algunos rubros siguen teniendo vigencia. Entre ellos señalaremos el establecimiento de guardias de 24 horas para los médicos (25, I), de la obligación de reunir todos los datos de un enfermo en su expediente clínico (29, II), la posibilidad de que médicos externos al hospital atendieran a los enfermos internados en el pabellón de



Dr. Manuel M. Soriano



Dr. Rafael Ramos Méndez



Dr. José Torres Torija

pensionistas recibiendo de ellos paga directa pero ajustándose al orden, disciplina y reglamentos del hospital (80, VI), el que todas las plazas de carácter técnico fueran ocupadas a través de concursos de oposición (43-50 del ramo técnico), la obligación de presentar anualmente un trabajo para su publicación en revistas médicas nacionales (24, XVIII). Toda una parte del reglamento, intitulada como "Ramo Docente" fue dedicada a establecer el interés del hospital en colaborar con las facultades de medicina (1º) y dar a los profesores de clínica todas las facilidades para el cumplimiento de su función docente (Vargas, 79; Velasco, 1947: 340-343).

La gestión de José Torres Torija en la dirección del Hospital

El 28 de noviembre de 1921, José Gracia García hizo entrega de la dirección a José Torres Torija, un viejo luchador en los campos de la atención médica, en cuya gestión se iniciaría una nueva era para el Hospital, que José Guadalupe Gracia seguía considerando como una prolongación, en intención y orientación de los esfuerzos, de su propia etapa al frente de la institución (Gracia, 1926: 119). Torres Torija permanecería en la dirección del Hospital hasta 1929, cuando tomó a su cargo la Oficialía Mayor del Departamento de Salubridad.

Abrió su gestión con una innovación que haría época: el establecimiento de un plan general para los trabajos de construcción, reconstrucción y remodelación, dejando de lado los proyectos improvisados y las reparaciones de urgencia llevadas a cabo a toda prisa en situaciones que correspondían al mantenimiento de las funciones y no a la empresa de nuevas e inesperadas obras. El responsable de elaborar los estudios y planos para el proyecto fue el ingeniero Pastor Rouaix, quien tenía a su cargo el Departamento de Ingeniería de la Beneficencia Pública, en tanto que la parte médica la tomó por cuenta propia Torres Torija. Durante 1922, 1923 y 1924, los trabajos de remodelación y construcción siguieron su curso de una manera gradual e ininterrumpida. Es este el periodo cuando se construyen nuevas salas, la cocina, la lavandería, la ropería y las oficinas. Una rebelión armada impidió el apoyo gubernamental para las obras, las cuales a fines de 1924 fueron suspendidas.

Con el cambio de autoridades y el acceso a la Dirección de la Beneficencia Pública de Eduardo Mestre Gighliazza y Epigmenio Ibarra, y el haberseles restituido el manejo de los fondos de la Lotería Nacional, todo cambió y fue para bien. De inmediato se autorizó que las obras inconclusas fueran reiniciadas y fueron rápidamente remodeladas las salas 13 y 17, así como el pabellón de pensionistas. En noviembre de 1925 los trabajos de construcción continuaban y se trabajaba en el Departamento de Operaciones calificado entonces como irreprochable (Gracia, 1926: 125). Desde el inicio, es decir, un par de años antes, el ingeniero Fernando Ríos Venegas se hizo cargo de la obra, siempre bajo la estrecha supervisión y con las valiosas y conocedoras sugerencias de Torres Torija. Esto, había insistido el director, era esencial para un hospital, como era el Juárez, en el que la cirugía de urgencias y la traumatología ocupaban los primeros lugares. El lugar seleccionado fue el solar ubicado detrás de las últimas salas de mujeres, al fondo del terreno ocupado por el Hospital. Las ventajas del sitio eran que estaba al final, una serie de salas de internamiento y estaba comunicado con ellas a través de un corredor cubierto, en la planta baja. Para la planta alta se hizo otro corredor semejante, en cuyo extremo se dejaron los sitios de apoyo y sostén, un espacio para colocar en el futuro —cuando hubiera nuevamente recursos—, un elevador que facilitara el traslado de pacientes de las salas al quirófano y viceversa (Ezquerro, 27, 28). Habiéndose adquirido una casa de vecindad que estaba en la parte noroeste de la fachada del edificio —en lo que ahora corresponde a la esquina de Arcos de Belén—, fue demolida y sustituida por espaciosos jardines. También se modificó totalmente la fachada principal (Velasco, 1934: 134-138).

La inversión había sido copiosa. Durante los años de 1922 a 1924, parte considerable de los 6 millones de pesos que, provenientes de la Lotería Nacional, llegaron a las arcas de la Beneficencia Pública habían sido destinados a la reconstrucción de varios hospitales, el Hospital Juárez, el General y el Manicomio de la Castañeda a la cabeza. La suma gastada en el Juárez de 1921 a diciembre de 1925 había sido de 486 mil pesos. Lo invertido de entonces a 1929 era calculado por Torres Torija, ya que refería no tener los datos a

mano para establecer la cifra exacta, en otro medio millón de pesos más. Él consideró que de ninguna manera tal cantidad bastaría para construir un hospital nuevo, trayendo a colación los datos correspondientes al Hospital General, que en 1905 costó 4 millones de pesos; del Manicomio de la Castañeda, que cinco años después costó 6 millones de pesos y que el Hospital Francés, sólo para 60 enfermos, que costó 400 mil pesos, y el Cowdray, cuna del futuro ABC, el doble y esto para una cantidad similar de pacientes (Torres Torija, 1931: 31).

De tal modo, el 3 de febrero de 1926, el Presidente de la República, general Plutarco Elías Calles, a quien acompañaron en esta ceremonia el ingeniero Alberto J. Pani, secretario de Hacienda, y el doctor José Manuel Puig Casauranc, secretario de Educación, así como la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, encabezó la inauguración de las nuevas instalaciones. Al finalizar el periodo de Torres Torija en la dirección, el balance positivo era impactante: quedaron concluidas las salas 13, 15, 17, 19, 21 y la 23; las 2, 3 y 4 y la sala 8 de mujeres, además de la que fuera la primera sala de maternidad y niños recién nacidos, ya que, recordemos, la renovación de la sala correspondiente del Hospital General data de 1934 (Díaz de Kuri y Viesca, 175).

Con todo esto, el Hospital quedó dispuesto para prestar atención a mil pacientes, cifra que podía elevarse en 200 más en casos de necesidad. Se logró



Sala de autopsias

umentar las plantillas de médicos y enfermeras e, insistimos, se estableció que el ingreso de los médicos practicantes se debería de regular mediante un concurso de oposición.

Para 1929, fue restablecido en el Hospital el internado de los pasantes de la Escuela de Medicina, que había nacido allí mismo en 1911, durante la gestión de Germán Díaz Lombardo. Asimismo, fueron creadas y establecidas las categorías del personal de enfermería, apareciendo las figuras de jefe de enfermeras, enfermera 1ª y enfermera 2ª y aspirante de enfermera (Vargas, 83).

Al sentir de uno de sus sucesores en la dirección del Hospital, el doctor César Vargas Martínez, Torres Torija no fue solamente un transformador del Hospital, “sino un médico visionario, que pensando en el presente y en el futuro, proyectó las condiciones científicas y académicas que dan lugar a los grandes progresos que... el Hospital Juárez ha registrado” (Vargas, 84).

Dicho por el propio Torres Torija, la clave de su trascendencia se cifró en que, paralelamente a las obras materiales, impulsó una verdadera revolución conceptual: “Una evolución en el orden técnico” (Torres Torija, 1931: 30). En los dos últimos años de su gestión se preocupó especialmente en la realización de reuniones académicas con los médicos, a fin de estudiar

y discutir temas de interés general. Estas sesiones eran la replicación de las sesiones clínicas semanales de los grandes maestros franceses del siglo anterior, como Trousseau y Charcot por ejemplo, o de los miércoles pavlovianos, y son contemporáneas a la revolución que en el mismo sentido impulsaran Ignacio Chávez, Aquilino Villanueva y Abraham Ayala González en sus respectivos pabellones del Hospital General (Díaz de Kuri y Viesca: 144 y ss). La asistencia asidua y puntual de los médicos internos fue otro de sus logros fundamentales, triunfando al infundir en los médicos la idea de que los hospitales ya no podían ni debían seguir funcionando como antes, debido a que la apertura de nuevas posibilidades de intervención terapéutica traía consigo la necesidad de la presencia continua del médico en el sitio en donde se impartía la atención y este, el hospital, se afirma a la vez que va desplazando al domicilio del paciente y aún al consultorio como lugares preferenciales.

En el transcurrir de su vida profesional, Torres Torija fue, dentro del Hospital Juárez, jefe de la sala de presos, de la sala 3 de cirugía general de mujeres, de la 19 de cirugía general de hombres y, ya tan tarde como es 1947, de la sala 11 de traumatología de huesos (Vargas, 82).

José Castro Villagrana y su obra como director del Hospital

Como ha sido referido, Castro Villagrana, discípulo, colaborador cercano y amigo de Torres Torija, tomó el relevo en la dirección del hospital en 1929. Su gestión no representó en modo alguno una ruptura con lo recién realizado, sino fue un periodo de continuidad, tanto en la prosecución de lo que estaba realizado a medias como en la visión prospectiva.

Las construcciones se sucedieron tras un lapso de suspensión debido a falta de fondos en la Beneficencia a fines de 1929, pero fueron reemprendidas al año siguiente. Se comenzó por obras de infraestructura que resultaban indispensables para un adecuado otorgamiento de los servicios. Estas fueron la perforación de un pozo artesiano para poder disponer de agua potable continuamente, debiendo llegar a los 300 metros de profundidad para ello, la instalación de una gran caldera que pudiera satisfacer las inmensas necesidades, una cocina reputada de ser quizá la mejor de la



Enfermera en el Banco de Sangre

ciudad, dotada de refrigeradores —hecho novedoso entonces—, en fin, una red telefónica interna permitiendo la comunicación entre las salas y los diversos edificios del hospital, menos accesibles directamente conforme sus ampliaciones habían trascendido el claustro original y se extendían en áreas mucho mayores (Ezquerro, 34-35).

Pero, se insistió en llevar a cabo la construcción de nuevas salas, comenzando por las de Maternidad y las número 4 y 6 para mujeres, con una capacidad en su conjunto de 150 camas, una nueva sala de distinción —equiparable al pabellón Gastón Melo del Hospital General—, que llevó el número 18, todo lo cual estaba en funcionamiento para 1934. El 20 de noviembre de ese mismo año son inauguradas siete salas más que han quedado totalmente rehabilitadas, entre ellas aparece ya una Sala de Neurocirugía (Castro Villagrana, 1934). Por igual había quedado listo el pabellón de Laboratorios, situado en donde se encontraba anteriormente el de Observación; en este pabellón, además de realizarse los exámenes de laboratorio clínico solicitados por los diversos servicios del hospital, se llevaba a cabo la enseñanza de los alumnos de los cursos de clínica y se desarrollaban actividades de investigación. Encabezado por Clemente Villaseñor y contando con toda la gama de equipo entonces existente, fueron realizados estudios acerca del metabolismo, implantándose el metabolismo basal como una prueba de práctica cotidiana, al igual que las pruebas funcionales hepáticas y renales. Allí se estableció el primer banco de sangre del país, contemporáneo en sus principios pero antecediendo en organización y funcionamiento al de Rodolfo Ayala González en el Hospital General y corolario lógico de las primeras transfusiones que pusiera en el Juárez, Narciso Cosío por allá de 1925. También en estos laboratorios fue establecida un área de crianza de mosquitos, cuyas larvas comenzaban a ser utilizadas con gran éxito en las osteomielitis, puesto que aplicadas localmente consumen la supuración y los tejidos necróticos, incidiendo por cambios locales en el medio en impedir el desarrollo de bacterias (Ezquerro, 37-38).

Todavía en 1934 y como complemento al plan maestro de construcciones fueron iniciadas las obras para un área de consulta externa conteniendo consultorios

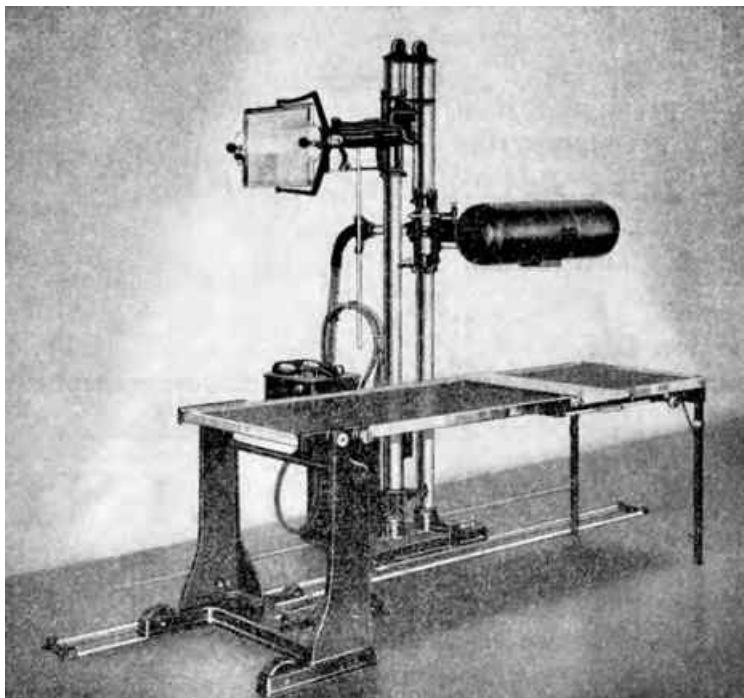
para especialidades de ortopedia, neurocirugía, ginecología, gastroenterología, urología, obstetricia y pediatría, dotados de un pequeño laboratorio y un gabinete de rayos X adjuntos. También, en sus proximidades fue construida un área para atención de urgencia, una de las primeras así definidas en el país, hecho que resulta lógico considerando el tipo de pacientes que llegaban al hospital. En el coro de la antigua iglesia se estableció una bien dotada hemeroteca y la iglesia misma fue acondicionada para obituario. También pertenece a este mismo momento la estatua de Benito Juárez que se encuentra aún en el jardín del lado norte del hospital, obra del médico escultor Carlos Dublán.

El propio director saliente, Torres Torija, señalaba acertadamente que su sucesor logró imprimir a su actividad un sello personal, lo cual él reconoce en el impulso y creación de la Asociación de Médicos del Hospital Juárez, que se vería complementada con la celebración de la primera Asamblea Nacional de Cirujanos en 1934, con la creación de la Asociación Mexicana de Hospitales y el rumbo que tanto contribuyó en establecer en ella y, en el terreno de la enseñanza,



Dr. José Castro Villagrana

en la consolidación del papel del Hospital Juárez como sede de clínicas de la Escuela Nacional de Medicina y de sus médicos como catedráticos en ella y en la creación de cátedras especiales para las enfermeras (Torres Torija, 1931: 31). Para estas cátedras fue muy importante y definitivamente personal la idea que Castro Villagrana había tomado de la preparación



Rayos X



Busto de Benito Juárez de Carlos Dublán, situado en el jardín frente al Hospital

sólida y la profesionalización de la enfermería que había observado en numerosos hospitales norteamericanos durante sus recientes visitas a ese país (Castro Villagrana, 1940: 14).

Para 1931 el Hospital contaba con trece médicos internos, 36 externos, 26 enfermeras de primera, 50 de segunda, 25 aspirantes de Enfermera, 50 afanadoras, 63 personas de servidumbre, el administrador y once empleados administrativos. Su nómina ascendía a 11 mil 918.38 pesos mensuales (Torres Torija, 1931: 32).

Durante los periodos de Torres Torija y Castro Villagrana se apreció un cambio paulatino, pero importante, en el tipo de atención que se prestaba en el Hospital. Por definición había sido un lugar que atendía pacientes traumatizados y lesionados en un porcentaje mayor; sin embargo, Torres Torija ya notaba, al fin de su gestión, que este tipo de pacientes disminuía y señalaba que tal vez era debido a la apertura de centros de socorro que los absorbían. Por otra parte, era innegable que el hospital era eminentemente quirúrgico, y es muy interesante hacer notar que en tanto esta vocación se afirmaba en el Hospital Juárez, en el Hospital General sucedía lo contrario, encabezando Ignacio Chávez una fuerte tendencia de apoyo y promoción de las especialidades médicas. Sin embargo, el tipo de cirugía era ya otro. Era notorio el incremento de la cirugía ginecológica y de los problemas abdominales, en particular intestinales y de las vías biliares, y sería notorio el giro que al respecto darían los cirujanos del Hospital.

Los quehaceres y saberes quirúrgicos en el Hospital

Las tres décadas a las que corresponde el capítulo presente fueron tiempos de intensa actividad asistencial y de desarrollo notable de capacidades y técnicas novedosas. Muchos de los médicos salieron de los procedimientos rutinarios para ofrecer modificaciones ventajosas e incluso novedades en el pleno sentido de la palabra. Como es lógico la cirugía y las especialidades relacionadas con ella fueron las que tuvieron un carácter más relevante. La anestesia tuvo el auge que requería, destacando Juan White Morquecho, uno de los pioneros en el país. White estaba inmerso para estos momentos en problemas serios ya que intentaba

anestesiarse de manera local para drenar transpleuralmente un absceso hepático (White, 1931: 66), planteando el uso de anestesia regional en cara para hacer una resección total del maxilar superior (White, 1931: 53), o estableciendo raseros para el correcto empleo de diferentes anestésicos (White, 1931: 35), analizando cómo disminuir los riesgos de la raquianestesia (White, 1933) o realizando alcoholización del trigémino en el tratamiento de sus neuralgias (White, 1935). White sería, junto con Martín Maquívar, este último anestesiólogo en el Hospital General y después también en el Instituto Nacional de Cardiología, quien tomara el ejemplo de William Neff, anestesiólogo de Stanford, Ca., quien visitó México en 1943, para desarrollar las técnicas anestésicas a emplear en la cirugía cardíaca y pulmonar. Para 1931, año del que disponemos de buen número de trabajos elaborados en el Hospital, privaba una fuerte inquietud por la posibilidad de realizar intervenciones complejas con anestesia local. Se experimentó clínicamente la *percaína*, un derivado de la quinina al que se atribuyó la ventaja esencial de no producir hábito, como lo hacían la cocaína y la novocaína, que eran las sales más frecuentemente empleadas. En el Hospital Juárez fue ensayada por José Vicente Manero, quien no era anestesiólogo sino tenía a su cargo el Departamento de Otorrinolaringología, en el cual se hacían numerosas intervenciones con anestesia local. Manero la utilizó con éxito en todo tipo de cirugía nasal, como resecciones submucosas del septum o exanteraciones del etmoides, así como en cirugía laríngea y extirpación de amígdalas (Manero, 1931: 62). Por su parte, Aurelio Becerril, médico externo del hospital y tampoco anestesiólogo, reportaba ese mismo año 50 raquianestesis con el mismo medicamento (Becerril, 39).

Pero está fuera de toda discusión que hasta esos momentos la parte fuerte de las actividades del hospital se refería a la traumatología y a los problemas osteoarticulares. Aún después de que otros departamentos crecieron y que aparecieron nuevas especialidades, este siguió siendo un campo privilegiado de acción. Dos médicos que realizaron importantes aportaciones en este terreno, Clemente Robles y Miguel Otero y Gama, eran internos a inicios de los años treinta. Robles, quien se había recibido como médico apenas en

1929 habiendo presentado una tesis sobre las peritonitis agudas, publicaba un interesante trabajo sobre la esplenectomía retrógrada; es decir, no rechazando hacia arriba el bazo para ligar los vasos esplénicos, sino basculándolo y procediendo, de atrás hacia delante, a realizar de manera independiente la ligadura de arteria y vena esplénicas y luego de los vasos cortos. Esta técnica, que actualmente suena tan lógica y natural, no se empleaba comúnmente en ese entonces y Robles fue quien la impulsó primero y arraigó en nuestro país. Con ella desterró las ligaduras en masa del hilio esplénico, que tantas complicaciones hemorrágicas causaba (Robles, 1931a: 75-83). Otero, unos siete años mayor y de ilustre prosapia, habiendo sido



Luis Higgins, alegoría de la anestesia



Anestesia nasal



Dr. Clemente Robles, 1935



Dr. Luis Farill

su padre, médico del mismo nombre, una de las figuras más importantes en San Luis Potosí a fines del siglo XIX y en la primera década del XX en la capital, quien primero produjo en México vacuna antirrábica y a quien se deben importantísimos estudios sobre el tifo y el segundo hospital para niños del país. En los *Anales de Clínica del Hospital Juárez*, refería tres casos, ni más ni menos que de heridas del corazón, que había atendido en los primeros meses de ese año. Los dos primeros casos fallecieron, el primero a unas horas de la cirugía y a consecuencia de las lesiones que había tenido y a la peritonitis concomitante, la segunda, cuatro días después, a consecuencia de un hemotórax secundario a un desgarramiento pleural que fue achacado a la manera en que se hizo el colgajo de piel, músculo y costillas, y el tercero, una mujer joven “de constitución débil y minada por la vida disipada que llevaba”, en quien Otero ensayó una incisión en cuadro, resección subperióstica de 3ª, 4ª y 5ª costillas y desinserción de los músculos intercostales en la misma extensión, con lo cual se permitió luxar hacia adelante las articulaciones condroesternales y visualizar el pericardio. La herida del ventrículo izquierdo, de 1.5 cm, fue suturada con un punto en X de catgut del #1 y la enferma fue dada de alta 22 días después, completamente recuperada (Otero, 1931a: 88). Bien puede entenderse que en aquellas épocas los médicos internos —función que no debe confundirse con la de los internos de pregrado que por ese entonces aparecieron definitivamente en las salas del hospital—, intervenían en todo tipo de casos, por lo que a nadie debe extrañar que Robles operara y discutiera las técnicas para corregir la retroversión uterina (Robles, 1931 b: 183-188) y Otero acerca de la osteosíntesis de la clavícula y sobre la cesárea (Otero, 1931 b y c). Dato fehaciente es que Salvador Uribe y Rivera, médico externo a cargo del departamento de Maternidad, hiciera aportaciones al manejo de las fracturas del piso posterior de la base del cráneo (Uribe, 1931). En esta misma área cabe destacar las primeras grandes intervenciones para fijar con alambre las fracturas de la mandíbula, llevadas a cabo por Luis Farill, y la presencia del joven Alejandro Castanedo, que llegaría a ser destacado ortopedista y a quien se deben los programas para la formación de enfermeras.

Rafael Vargas Otero, a cargo del servicio, y Aurelio Becerril, José Aguilar Álvarez, Gustavo Gómez Azcárate, Manuel Mateos Fournier y José Rábago contribuyeron a que el Juárez fuera un centro de atención ginecológica y obstétrica de primera magnitud, siendo los dos últimos figuras de inmenso relieve para la consolidación de la escuela mexicana en dichas especialidades. Ya a inicios de los treinta Mateos Fournier comenzaba a desarrollar la técnica transperitoneal para realizar las cesáreas (Mateos, 1931) y Rábago publicaba su experiencia en el manejo de los desprendimientos prematuros de placenta (Rábago, 1931) y en 1942 sus *Apuntes de Obstetricia* que serían el libro de texto de muchas generaciones de obstetras mexicanos.

La otra gran vertiente que fue caracterizando al Hospital Juárez a partir de los años treinta fue la de la cirugía general. En contraposición con la lucha emprendida en el Hospital General para priorizar el ejercicio de las nascentes especialidades médicas, en el Juárez se mantuvo la clara conciencia de que su campo era y seguiría siendo el de las actividades quirúrgicas. Los nombres de Gustavo Baz y los ya mencionados de Clemente Robles, Miguel Otero y Gama, Castro Villagrana y Aguilar Álvarez son todos ellos eslabones de una cadena de brillantes cirujanos generales. Perteneciente a la generación anterior y fallecido en 1931, Óscar Hernández Cárdenas no dejó de hacer aportaciones y en los *Anales de Clínica* recopilados por Castro Villagrana y Clemente Robles no faltaron sus contribuciones póstumas versando sobre el trépano para la exploración y canalización de las heridas penetrantes de cráneo, sus tácticas para las apendicectomías, o los reportes de caso y sus reflexiones al calce referentes a un linfosarcoma y a una malformación congénita de pelvis y órganos genitourinarios. Baz y Aguilar Álvarez estaban preocupados por la cirugía gastroduodenal de la que fueron exponentes privilegiados (Baz, 1931; Aguilar Álvarez, 1931). Miguel Lavalle, entonces interno y quien más tarde llegaría a dirigir la institución, trabajaba en 1931 en los primeros ensayos clínicos en pacientes de las técnicas de reparación de las hernias inguinales empleando cintillas aponeuróticas procedentes del oblicuo mayor como material de sutura para reforzar horizontalmente la pared posterior del conducto inguinal (Lavalle, 1931). Él señala que los



Dr. José Rábago



Dr. Ernesto Ulrich

trabajos experimentales al respecto habían sido llevados a cabo en los años inmediatos anteriores por un pasante de la Escuela Nacional de Medicina, Celso Miranda, en el laboratorio de Fisiología Experimental del mismo Hospital Juárez y que los estudios histopatológicos de la reacción cicatricial obtenida habían sido hechos por Ernesto Ulrich, uno de los más distinguidos patólogos de la época, que llegaría a ser director de la Escuela Nacional de Medicina en 1934. La tesis de Miranda fue presentada en 1930 y de inmediato llevó sus prometedoras conclusiones a la práctica (Miranda, 1930).

La actividad académica

Enfrascado en el desarrollo de la cirugía, el Hospital Juárez, a través de sus médicos contribuyó a la fundación y desarrollo de diversas agrupaciones académicas y de revistas de gran calidad. La primera de ellas fue la Sociedad de Cirugía, fundada a instancias de Castro Villagrana e incorporando en ella a los médicos del hospital. Comenzó realizando sesiones clínicas y anatomoclínicas y en 1931 estaba lista su primera publicación, los *Anales de Clínica del Hospital Juárez*, fuente primordial de información para conocer las publicaciones y logros de este periodo. Su primer presidente fue José Castro Villagrana, quien permanecería al frente de ella hasta 1939. Carlos Aguirre Jiménez le sucedió en 1940 y Fernando Perera Castillo durante los dos años siguientes, inaugurándose con él los periodos bienales; vinieron luego Eduardo Castro de la Parra y Eduardo Uribe Guerola, con quien llegamos al fin del periodo correspondiente al presente capítulo. La Sociedad pronto editó su propia revista, *Revista de Cirugía*, en la cual fueron publicados a partir de entonces la mayoría de los trabajos científicos emanados de la actividad médica del Hospital y cuyos dos primeros volúmenes fueron subsidiados por la Dirección General de la Beneficencia.

En 1933 fue nutrida la participación del Hospital en la fundación de la Academia Mexicana de Cirugía, de la que fueron miembros fundadores que laboraban en el Hospital Juárez, Felipe Aceves Zubieta, Carlos Aguirre, José Aguilar Álvarez, Gustavo Baz, Raúl Peña Treviño, José Torres Torija y Juan White Morquecho.

Ese mismo año de 1933 salió de prensas el primer

volumen de *Cirugía y Cirujanos*, órgano oficial de difusión de la Academia y en él aparecieron algunos trabajos relevantes salidos de la pluma de médicos del hospital. Se cuentan entre ellos “El pneumoperitoneo antiviscerítico” de Aceves Zubieta, “Histerectomía fúndica en ginecología” de Carlos Aguirre, “Algunas anotaciones en el postoperatorio inmediato de los gastrectomizados” de José Aguilar Álvarez y “Vías de acceso al hombro” de Gustavo Baz. Esta actividad se mantuvo en los siguientes años, siendo precisamente esta revista, *Cirugía y Cirujanos*, una de las que más publicó trabajos realizados por médicos del Hospital Juárez. Citemos como ejemplo a Manuel Mateos Fournier, quien publicó sus estudios comparativos sobre diversas técnicas para efectuar la cesárea (Mateos Fournier, 1938) y más de quince trabajos en años posteriores; Aguilar Álvarez, a quien hemos encontrado identificado con la cirugía ginecológica, muestra la amplitud del campo de acción del cirujano de esa época con sus contribuciones a la cirugía tiroidea (Aguilar Álvarez, 1935, 1936) o Gómez Azcárate abordando el problema de las tuberculosis quirúrgicas (Gómez Azcárate, 1937) y Raúl Peña Treviño analizando las ventajas y desventajas de la oforectomía en la histerectomía total (Peña, 1937). Todas ellas son dignas de comentarios y análisis pero, a falta de espacio, nos limitamos a consignarlas a fin de difundir lo que se hacía en el Hospital y dejar las puertas abiertas a una investigación temática llevada a profundidad.

Las Asambleas Nacionales de Cirujanos

Nacida de la Sociedad de Cirugía del Hospital, la I Asamblea Nacional de Cirujanos tiene lugar en 1934, encabezando Castro Villagrana al Comité Organizador. La convocatoria resultó todo un éxito, contando con 300 asistentes procedentes de diversas ciudades del país; sin embargo, lo más importante es que se sentó el precedente de una reunión bianual de este género, misma que se ha continuado celebrando de manera ininterrumpida hasta la fecha. Castro Villagrana la presidió los primeros años, siguiéndole Gómez Azcárate en 1938. La IV Asamblea, llevada a cabo en 1940, tuvo como presidente a Manuel Mateos Fournier; la V, a José Rojo de la Vega, y la VI, en 1944, a Horacio Uzeta Gudiño. La última durante este periodo fue la

VII, en 1946, de la cual fue presidente Miguel Lavalle. A ella asistieron 19 eminentes cirujanos extranjeros, invitados como huéspedes de honor, destacando Carl E. Badgley, jefe del servicio de Ortopedia de la Universidad de Michigan en Ann Arbor; James Callahan, asimismo jefe de Ortopedia, pero en el Cook's County Hospital de Chicago, Ill; Joseph M. Hill, de Texas; Sol Haberman y Louis Diamond, de Boston, Mass.; Phillip Levine, Ernest W. Itbesky y Ricardo Foregger, de Nueva York; Luis Iglesias, de la Habana, Cuba y director del Hospital Finlay en dicha ciudad; Juan Antonio Nesi, de Buenos Aires, Argentina; Ludwig Hirzfeld, de Woclaw, Polonia, y R.R. Race, de Londres. A ellos se deben sumar cinco eminentes anesthesiólogos, muy especialmente merece mención William Neff, Jefe del departamento de Anestesiología del Hospital de la Universidad de San Francisco, Cal., quien, con Leo Eloesser, introdujo y legó a los anesthesiólogos mexicanos las técnicas de la respiración asistida y la intubación endotraqueal en la cirugía de tórax; John Lundy, H. Livingstone y Hoeflich, jefes de los departamentos correspondientes en la Clínica Mayo, Rochester, Minn., de la Universidad de Chicago y del Hospital Ice de Houston, Texas. Faltaría mencionar en el grupo a Mrs. Laurette Mc Mechan, representante de *Current Research Anesthesia and Analgesia*. En esta ocasión, la ceremonia inaugural tuvo lugar en el Palacio de las Bellas Artes, en la cual Lavalle expresó el concepto que sería lema: "Todos bajo una misma bandera, animados por un mismo ideal, iluminados por el imperativo de ser mejores para servir mejor" (Vargas, 101).

Rafael Ramos Méndez y Gustavo Gómez Azcárate en la dirección del Hospital

Tras un interinato de tres meses del doctor Rubén Leñero, del 11 de julio a octubre de 1938, por licencia de Castro Villagrana quien viajó a Europa visitando a una serie de importantes cirujanos y asistiendo al XI Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía en Bruselas, y un año más de gestión de este último, accedió a la dirección Rafael Ramos Méndez, quien ocupó el cargo del 16 de octubre de 1939 al 31 de diciembre de 1941, fecha en que fue sucedido por Gustavo Gómez Azcárate, quien desde julio de 1917 formaba parte del cuerpo médico del Hospital Juárez.



Miguel Lavalle y Salvador Zubirán en la inauguración de la Asamblea Nacional de Cirujanos, 1946

El breve tiempo del ejercicio de Ramos Méndez fue tiempo de "vacas flacas". Ante restricciones presupuestarias severas y sin que hubiera podido obtener apoyos económicos externos, en el hospital todo se detuvo. Conocedor a fondo del hospital y su problemática, Ramos Méndez logró que al menos no se percibiera el menor deterioro (Velasco, 1947: 372-373).

Mejor fue la época de Gómez Azcárate, pues ya consolidado el gobierno de Ávila Camacho y con Gustavo Baz, no sólo cirujano sino viejo amigo del Hospital Juárez en el que había trabajado, a cargo de la Subsecretaría de Asistencia y luego de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, recibió sustancial apoyo que



Observatorio de los nuevos quirófanos



Intervención quirúrgica vista desde el observatorio

supo aprovechar perfectamente. La obra más importante que dejó al finalizar su periodo el 10 de junio de 1946, fue el conjunto de los quirófanos, en el cual fueron totalmente demolidas las estructuras anteriores y se construyó una moderna unidad con diez salas de operaciones, seis de ellas con observatorio cenital desde el cual alumnos y médicos interesados podían observar las operaciones en curso, y el séptimo, dotado además de este observatorio, de otro lateral, teniendo cupo para 150 observadores en total. Este último se empleó para demostraciones quirúrgicas. Entre los departamentos incluidos en el quirófano estaban los de anestesia, el de elaboración de soluciones parenterales y el Banco de Sangre, con su oficina de transfusión sanguínea, y en el cual, además, se hacía investigación con los grupos sanguíneos y con el recién descubierto

factor Rh. Por otra parte, Gómez Azcárate reunió en un solo servicio varios pequeños servicios de urgencias que estaban diseminados por todo el Hospital para establecer una vinculación jerárquica entre este y los puestos de socorro instalados por las autoridades del Distrito Federal así como del pequeño Hospital de San Jacinto, creado recientemente para estos mismos efectos y cuyo funcionamiento había dejado mucho que desear. Dos servicios fundamentales, tanto en la historia del Hospital como para la atención de los pacientes, fueron el de quemados y el servicio de traumatismos del sistema músculo esquelético. La implantación de la historia clínica de ingreso constituyó también un adelanto importante, pues permitió que los recién creados servicios de estadística pudieran realmente cumplir con su cometido. Una situación anecdótica fue la comisión que recibió Gómez Azcárate por parte del Gobierno Federal, consecutivo a la entrada de México en la Segunda Guerra Mundial, para hacerse cargo en el Hospital de la impartición de un curso de adiestramiento médico militar para civiles, al cual asistieron 80 pasantes de medicina y 12 médicos titulados, recibiendo 45 conferencias y tres prácticas de campaña, y de los cuales se derivaron algunos importantes trabajos elaborados por él, como la "Importancia de la transfusión sanguínea en el Ejército, Organización de la Sección Sanitaria de Campaña y Equipo sanitario del soldado" (Velasco, 1947: 374-378).

Remozado y con ánimos frescos y vigorosos, el Hospital Juárez se aproximaba a la celebración de su primer centenario.

El Hospital Juárez cumple 100 años

Carlos Viesca Treviño

Conforme se acercaba 1947 el personal del Hospital Juárez se preparaba para celebrar su centenario y durante el primer semestre de ese año se redoblaron los preparativos y se alimentaron las expectativas en cuanto a cómo celebrarlo. Había proyectos, puesto que se insistía en que ahora sí se iba a ampliar el Hospital con construcciones nuevas y modernas. Había desilusiones, pues las carencias seguían. La fecha sería el 23 de agosto.

La VII Asamblea Nacional de Cirujanos, inaugurada el 17 de noviembre de 1946, fue un preámbulo excelente. Su presidente fue el doctor Miguel Lavalle Martínez, quien unos días después tomaría posesión de la dirección, haciendo el hecho doblemente significativo.

Era un hijo genuino del hospital. Antes de graduarse, había sido practicante adjunto allí, constando sus nombramientos para 1925 y 1926, y practicante numerario durante los dos años siguientes. Ya recibido continuó como médico adjunto en 1930 y como médico de clínica cinco años después. Tras un breve lapso en el que fungió como subjefe del Servicio de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad Pública en 1937, regresó al Hospital Juárez en 1939, ahora con la categoría de Médico Interno y posteriormente fue jefe de Servicio Interino en 1942 y definitivo, “de planta” como se decía entonces, poco después en la Unidad de Cráneo y Raquis, siendo uno de los primeros médicos en abocarse al tratamiento quirúrgico de los problemas neurológicos. No en balde reunió una buena experiencia en el



Dr. Miguel Lavalle Martínez

manejo de las fracturas de la columna vertebral, siendo el primero en tratar exitosamente un meningoencefalocelo. Su experiencia quirúrgica fue amplia, trabajando cerca de Castro Villagrana y otros cirujanos de abolengo, de manera que no es de extrañar que fuera profesor de Propedéutica Quirúrgica y Clínica Quirúrgica en la Escuela Nacional de Medicina (Velasco Ceballos, 1947: 381-384).

En la VII Asamblea Nacional de Cirujanos, los temas centrales fueron la transfusión de sangre y la hematología, mismos que fueron objeto de una conferencia internacional preliminar de Hematología y Rh que



Una de las 20 salas del hospital



Una de las salas de la unidad quirúrgica

tuvo lugar en Dallas, Texas, del 15 al 17 de noviembre y tuvieron especial relieve su coincidencia e integración con el II Congreso Mexicano de Transfusión de Sangre, presidido por Eduardo Uribe Guerola, y el peso que se dio a la sección de anestesia. Ya se han dado más detalles de ella en el capítulo anterior, de modo que sólo recalcaré la presencia de William Neff, H. Livingstone y John Lundy, jefes de los departamentos de Anestesiología de los Hospitales Universitarios de San Francisco y Chicago, y de la Clínica Mayo de Rochester, respectivamente, quienes inspiraron una revolución en las técnicas anestésicas en México, y el empleo de los nuevos quirófanos con observatorio cenital para las exhibiciones quirúrgicas.

Unos días después de la clausura de la Asamblea, el 19 de diciembre, Lavalle era ya el nuevo director del Hospital Juárez.

Un recorrido por el Hospital

¿Cómo era el Hospital Juárez a mediados de 1947? Contaba con 20 salas, nueve de ellas destinadas a la atención de varones y ocho a la de mujeres, una para niños menores de 10 años y dos para servicios mixtos. El mayor número de las salas estaba destinado, como es lógico, a la atención de padecimientos del sistema músculo esquelético. Éstas eran las salas número uno, dedicada al manejo de fracturas, grandes traumatismos de los miembros y ortopedia en general, la que estaba a cargo de Torres Toriija y de Ismael Ugalde N; la número cinco, comprendiendo la misma patología, a cargo de Ubaldo Roldán, quien sería con el tiempo una de las figuras más importantes para el establecimiento de la Medicina del Trabajo en nuestro país; la número 11, concentrando casos con fracturas expuestas recientes, a cargo de Alejandro Castanedo; la número nueve, para fracturas simples, con Agustín Barbabosa a la cabeza; la número siete, a cargo de Guillermo Christy, en la que se reunían los casos excedentes de las salas uno y cinco; la número 16, con Pedro Rosas B en la jefatura, reunía los casos sépticos, excepto las osteoartritis tuberculosas a las que se destinaba la sala número 13; finalmente, la sala 17 estaba a cargo de Vicente Roqueñí y era dedicada a la cirugía de huesos en niños.

Se encontraba entonces ya trabajando en la sala 20,

pero en proceso de organización, la nueva Unidad de Urología, de la que era responsable Eduardo Castro de la Parra apoyado por Alberto Parra y Reyes Tamayo Ochoa. Las unidades de Ginecoobstetricia, con las salas ocho, 10 y 12, a cargo de José de Jesús Marín y David Fragoso; la de Cirugía de Cuello, en la sala 15; la de Neurocirugía, en las salas tres y cuatro, así como la de Quemaduras, en la sala 19, estaban en plena efervescencia de reorganización y equipamiento. Las salas dos y 15 eran las de vías digestivas. Instalada en el edificio de laboratorios se encontraba una Unidad de Cirugía Experimental a la que podían acudir todos los médicos del Hospital que tuvieran proyectos de investigación registrados. El Servicio de Rayos X tenía a la cabeza a Emilio León y el de Anestesiología a Abel Morales Oribe. En la consulta externa, cuyo jefe era el doctor Negrete Herrera, se atendía diariamente entre 250 y 275 pacientes (Velasco Ceballos, 1947: 385-388).

Cursos y festejos

El programa de festejos y celebraciones fue ambicioso. Comenzó por una fuerte campaña mediática en periódicos y en la radio. El Hospital Juárez se hizo presente en ámbitos que normalmente no eran los suyos. Entró a casas y oficinas, a restaurantes y pulquerías, a salones de belleza y clubes. En junio, el periódico *El Universal* (23-VI-47) sacaba del olvido a dos héroes de 1847 a quienes casi nadie conocía ya: José Urbano Fonseca, regidor del Ayuntamiento, quien propició y logró que el hospital siguiera trabajando cuando la necesidad de la guerra hubo pasado, y sor Micaela Ayans, monja vicentina, quien encabezó a las enfermeras que atendían en el hospital y llevó la administración de éste en sus primeros años. A tal efecto, en los primeros días de junio, fueron publicadas dos convocatorias, una de carácter histórico que presentó una monografía sobre la obra filantrópica de Fonseca, y la otra, literaria, sobre el tema de la abnegación y sacrificio de sor Micaela Ayans. Los jurados para el primer concurso fueron José Alcántara Herrera, Francisco Fernández del Castillo y Rómulo Velasco Ceballos, en tanto que para la referente a Micaela Ayans lo fueron José Negrete Herrera, Rodolfo González Hurtado y Elías Nandino, los dos últimos conocidos médicos con importante producción literaria. Para el primero se

EL UNIVERSAL
Viernes 31 de octubre de 1947

José Urbano Fonseca

Ilustre Fundador del Hospital Juárez

Por el Dr. CARLOS COQUI

La fecunda pluma del historiador tendrá siempre tinta bastante para expresar las verdades más puras e irrefutables sobre los acontecimientos de las épocas.

La historia es inextinguible porque se alimenta del pasado.

Las generaciones tienen derecho a conocer los sucesos más resonantes de los tiempos, estudiarlos y meditarlos, ya para absolver o condenar a los actores, para seguir el ejemplo de los patriotas o para aplaudir los actos de los hombres que siguieron en su vida trayectorias luminosas.

La historia registra lo trivial y lo relevante de la vida de las Naciones en el orden político, social, artístico y cultural con minuciosidad de detalles; analiza situaciones y es exortadora de las palabras y de las actitudes de aquellos que el Destino les confía un papel en los escenarios dignos de figurar en las páginas de libros perdurables.

Sin la historia, el pasado iriase cubriendo de niebla, tanto más densa cuanto más lejano; sin la historia, los sucesos notables que deben conservar vida eterna y fresca inextinguible, habrían desaparecido bajo la cubierta del olvido; sin la historia, los hombres insignes serían estrellas que poco a poco iriase desprendiendo del firmamento hasta hundirse en las negruras del abismo; sin la historia, el espíritu de un pueblo que siente las alegrías y las amarguras de su existencia, se ahogaría pronto en su cuna.

Mas, por fortuna, la historia existe y cumple su altísima función.

Los siglos, desde los más remotos, se levantan exhibiendo sus lacras, expresando sus dolores y sus tragedias o bien luciendo sus gallardías, que consisten en la obra de sus hombres más brillantes para provecho del mundo, ante la mirada profunda de las generaciones que han aquilatado por ese medio a los tiempos y excelencias de quienes ganaron justa fama y celebridad.

Así, al hojear en el momento actual, las páginas de ese volumen maravilloso, nos encontramos con la narración de la guerra entre México y los Estados Unidos de Norte América acaecida el año de 1847.

Los combatientes ofrecen contrastes evidentes, pues mientras los Estados Unidos son poderosos por sus armas, su dinero y sus nutridos contingentes, México es víctima de horrenda penuria, de la escasez de elementos para la guerra y sólo cuenta con el valor y arriesgos de sus hombres, en los que corre por sus venas la sangre azteca que da bríos, orgullo y decisión para no arrodillarse frente a la superioridad de su adversario. Los encuentros se suceden y son Padierna y Churubusco, los sitios donde la vejeza arroja como saldo el desastre por los muertos y heridos caídos bajo la acción de cuarenta piezas de artillería que precedían al avance de doce mil norteamericanos.

El historiador hubo de meditar sobre estos hechos de armas para dictar tan tristes páginas que, sin embargo, representan para los mexicanos un motivo legítimo de orgullo por el valor y denuedo con que se hallaron en esas jornadas memorables. Y es verdad, porque en Padierna, cuatro mil soldados de México, al mando del general Gabriel Valencia, no sólo resistieron el ataque de un ejército tres veces ma-

yor, sino que se cubrieron de gloria al lograr el triunfo, aunque bien es cierto que una nueva embestida favoreció al invasor.

Los americanos siguieron sobre la Capital y entonces fué Churubusco con ochocientas guardias nacionales el que entabló la lucha sangrienta, sellada con la frase inmortal del general Pedro María Anaya, que por razones históricas, da resplandor al famoso ex Convento del lugar: "Si hubiera parque no estaría usted aquí", como respuesta a la supina interrogación de Twiggs.

Memorables lugares por el heroísmo de los defensores, tanto así, que bajo el influjo de su recuerdo, podríamos decir que si Italia tiene a Marengo, Austria a Austerlitz, Grecia Las Termópilas y Francia a Waterloo, México tiene a Padierna, Churubusco, Molino del Rey, Chapultepec y los cerros de Loreto y Guadalupe, donde los soldados mexicanos cumplieron su deber.

Así pues, el ambiente de México en 1847, era la expresión de la guerra, de la miseria y de la confusión. Entretanto el Ayuntamiento tomaba medidas para atender a los numerosos heridos que resultaban en aquellos combates al acordar se levantaran Hospitales de sangre en distintos lugares de la Ciudad, comisionando para tal efecto al licenciado José Urbano Fonseca.

La personalidad del señor Fonseca se formó al reflejo de obras meritorias y significativas que, por lo mismo, no iban a perderse bajo las sombras de la indiferencia, sino que luciendo natural gallardía habrían de colocarse sobre el pedestal de la admiración. Dedicado al culto del saber, obtuvo el título profesional de abogado, con lo que habría bastado para ostentar una representación elevada y una jerarquía en la ciencia del Derecho; pero dueño de una capacidad amplosísima, siguió los horizontes de la política que se ofrecían luminosos a su mirada. Pruebas de su talento y de su actividad se deducen de los cargos que desempeñó, tales como el de Director honorario de la Academia de Bellas Artes, el de presidente de la Junta de Vigilancia del Tecpan, el de Vicepresidente de la Sociedad de Geografía y Estadística, el de Presidente de la Junta de Colonización y el de Regidor del Ayuntamiento de México. Fue, además, miembro de la Junta de Exposiciones, miembro de la Comisión encargada de organizar la enseñanza profesional en México; fundó la Escuela de Sordomudos y fué uno de los factores para la constitución de la Escuela de Agricultura y de la Sociedad Filarmónica que fundó el Conservatorio Nacional y tras de haber ocupado varios cargos públicos durante el Imperio, en 1852 quedó como encargado de la Secretaría de Gobernación. Este espléndido Curriculum vitae demuestra que el personaje era útil a la Administración Pública, a la Sociedad y a la Patria.

El destino habría de llevarlo, no obstante, a realizar más obras aún y a través de las cuales expresar la existencia de un corazón lleno de humanidad y de una generosa alma en la que albergaban los sentimientos más nobles. Fonseca, era además filántropo y, por tanto, al examinarlo cien años después lo encontramos agigantado por sus virtudes, exclamando:

(Sigue en la Página Seis, Columna Cuarta)

declaró desierto el premio, con un segundo lugar para Antonio Solís; en el segundo, el premio principal correspondió a Luz Barrañón de Fragoso, por su poema "Romance de santidad", el segundo al periodista Fortino Ibarra de Anda y el tercero a la obra intitulada "Sor Micaela" del doctor Fausto Zerón M. Ya en octubre, el eminente radiólogo Carlos Coqui publicaría en *El Universal*, el 31 de octubre de ese mismo año, una amplia nota sobre Fonseca, su personalidad y su papel en el nacimiento y desarrollo de instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos.

El siguiente acto conmemorativo fue la emisión a través de la radiodifusora XEW de ocho conferencias, una por semana, a partir del 29 de junio para concluir el 17 de agosto, de ellas, se ha recuperado noticia de siete. Sus títulos y expositores hablan por sí solos: "Fundación del Hospital Juárez", por José Torres Torija; "Personalidad del señor licenciado Urbano Fonseca", por Fernando Perera Castillo; "Personalidad de sor Micaela Ayans", por Rómulo Velasco Ceballos; "Evolución histórica del Hospital Juárez", nuevamente por Torres Torija; "Función docente del Hospital Juárez en sus diferentes épocas", por José Castro Villagrana; "Función de investigación y contribución al progreso de la Cirugía Nacional", por Felipe Aceves Zubieta, y el "Programa de reformas y mejoras al Hospital Juárez, por Miguel Lavalle.

En la última, Lavalle expuso el plan de trabajo que



Velada solemne del 23 de agosto de 1947

proponía para su gestión en la dirección del Hospital. De entrada señaló que a pesar de los múltiples y parcialmente exitosos esfuerzos, no se había logrado hacer del hospital un modelo *ultramoderno*, tarea que era ya indeclinable. Reforzó su argumentación al exponer cifras: en el último año, del 1º de septiembre de 1946 al 17 de agosto de 1947, habían ingresado al hospital 5 mil 970 pacientes con patología orgánica de los más diversos tipos y 7 mil 460 lesionados. Siendo el Hospital Juárez un hospital "de sangre", recalca Lavalle, ya no podía asignársele esa función precisa, ya que 40 por ciento de sus pacientes a *grosso modo* correspondían a problemas propios de un hospital general y era indispensable atenderlos dada la insuficiencia de la planta hospitalaria en la ciudad y de ser ésta centro de atracción para enfermos de todo el país. Además, la capacidad del hospital estaba rebasada, condicionando hacinamiento de los enfermos internados. Aunque disponía de 802 camas, siempre tenía entre 950 y mil enfermos. Para tratar de resolver ese gran problema, derivó enfermos a los servicios de consulta externa cuando no era indispensable la hospitalización, con el inconveniente para los pacientes foráneos y no se hospitalizó a enfermos con heridas leves, para lo cual se necesitaba una Agencia del Ministerio Público en el hospital, pues de lo contrario tenían que retenerse hasta cumplir con el trámite legal y la organización de rutinas de manejo a fin de disminuir los tiempos de la atención.

Del 4 al 22 de agosto, con una nutrida concurrencia, se impartió el curso sobre fracturas y ortopedia para posgraduados, cuyo profesor titular era José Castro Villagrana y sus profesores asociados, entre los que destacaron José Torres Torija y Carlos Dublán, ambos jefes de servicio; los médicos internos Ismael Ugalde N. Ubaldo Roldán, Guillermo Christy, Alejandro Castanedo, Pedro Rosas B. Vicente Roqueñí, Luis García Figueroa y Agustín R. Barbabosa, así como los residentes Ramiro Valdés, Román Garza, Isaac Morales, Miguel Medina R. Sergio Carmona, Horacio Martínez e Isidoro Gómez.

No obstante, fueron las Jornadas Médico Quirúrgicas las que constituyeron el núcleo del evento. Se llevaron a cabo en el Hospital y contaron con el interés de las autoridades en salud, concurrió buen número de

coordinadores estatales o sus representantes oficiales, entre los que se puede mencionar a Julio Viniegra, del Estado de Tlaxcala, y a Alfonso Goya, de Morelos, además de otros médicos distinguidos que hicieron presencia por parte de sus estados, aunque muchos de ellos vivían ya en el Distrito Federal, como Eduardo García Zepeda y Andrés Rodríguez Meza por Coahuila, o Clemente Robles y Andrés Bustamante Gurría por Chiapas.

Entre los múltiples e interesantes trabajos presentados, destacó uno cuyo autor es Clemente Robles y que lleva por título "Síndrome de Brown Séquard con cuerpo extraño en el canal raquídeo", en el que relató los incidentes de un caso en el cual el paciente tuvo insertado en el raquis la hoja de un puñal durante 12 años, antes de ser extraído de manera exitosa por Robles. De igual manera el de Carlos Aguirre, quien relató un caso de reconstrucción total de la vejiga incluyendo la uretra, a fin de no hacer derivaciones ni cutáneas ni a intestino, mediante una modificación propia de la técnica de Marion; o el de un cirujano de León, Guanajuato, Adolfo Islas Cosío, quien se refirió a la prostatectomía subtotal por vía perineal en casos de adenoma. Llamó también la atención la modificación a las técnicas de los injertos cutáneos propuesta y presentada por José Gaxiola Gándara. Las exhibiciones quirúrgicas fueron llevadas a cabo en el nuevo quirófano provisto de mirador cenital, lo que permitió que los concurrentes pudieran apreciar mucho mejor las intervenciones realizadas. En varios diarios capitalinos apareció la imagen de Gilberto Sousa, presidente entonces de la Sociedad de Cirugía del hospital, operando (*El Universal*, 15 de agosto de 1947). En días previos, otras notas habían hecho hincapié en la penuria en la que vivía el hospital, misma que fue señalada insistentemente por el doctor Lavalle en sus presentaciones y en las entrevistas que por esos días se le hicieron. El encabezado de la nota de *La Prensa*, del 29 de julio, hablaba de "espantoso abandono del Hospital Juárez" y en el texto ponía a la vista del público la falta de espacio y el hacinamiento de los enfermos en pabellones a todas luces insuficientes, pugnando por el acuerdo de las autoridades para hacer una nueva construcción que solventara esas necesidades. Todo esto reforzó el anuncio, hecho el

17 de agosto, de la autorización para la ampliación del Hospital con una extensa construcción de cinco pisos y estructuras en peine, similares a las que habían hecho "clásicas" en el Hospital Infantil los arquitectos Barocio y Villagrán García. En este caso el arquitecto responsable sería Mauricio Gómez Mayorga (*Excelsior*, 17 de agosto). Se había autorizado un presupuesto de

**PRIMER CENTENARIO
DEL HOSPITAL JUAREZ**
CURSO PARA POSGRADUADOS
DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

PRIMER CICLO
Profesor, Jefe del Curso:
DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA
Profesores Asociados Colaboradores:

Médicos Jefes de Servicio Dr. José Torres Toriña, Dr. Carlos Dublán

Médicos Internos:
Doctores Ismael Ugalde Nieto, Ubaldo Roldán, Guillermo Christy, Alejandro Castanedo, Pedro Rosas, Vicente Roqueñí, Luis García Figueroa y Agustín R. Barbabosa

FISIOTERAPEUTA: Dr. Leopoldo Melgar Pachiano
RADIOLOGO: Dr. Emilio de León
ANESTESISTA: Dr. Abel Morales Oribe

RESIDENTES:
Doctores: Ramiro Valdés, Román Garza, Isaac Morales Silva, Miguel Medina Rodríguez, Sergio N. Carmona, Horacio Martínez e Isidoro Gómez Gómez.
El Curso se efectuará en la unidad de padecimientos del sistema músculo-esquelético del Hospital Juárez

Del 4 al 22 de agosto de 1947
De las 8 a las 12 horas, los días hábiles

CUOTA DE INSCRIPCION: \$100.00 M. N.
Las inscripciones pueden hacerse directamente en la Contaduría del Hospital Juárez o por correspondencia certificada

México, D. F., junio de 1947.
EL COMITE ORGANIZADOR



Dr. Gilberto Sousa operando. *El Universal*, 15 de agosto de 1947



Entrega de premios a los trabajos científicos por el Dr. Ignacio Morones Prieto



Ceremonia de premiación a las enfermeras

cinco millones de pesos a tal efecto. El nuevo edificio contempló, además de los servicios generales, seis unidades para 46 enfermos cada una de ellas y un área para consulta externa con un servicio de urgencias dotado de un buen laboratorio y rayos X. Se contemplaba también un piso para residencia de médicos internos y trabajadores residentes.

Con un eslogan que rezaba: “El Hospital Juárez, institución dedicada a aliviar el dolor humano y a la investigación”, fueron publicadas numerosas notas periodísticas en las que se destacó que el centenario no significaba la celebración llena de suspiros y nostalgias por un pasado idealizado, sino representaba una plataforma para luchar por nuevas aspiraciones, entre las que se contaba la construcción de un hospital completo en los terrenos adyacentes al viejo claustro de San Pablo, cuya maqueta fue exhibida en la exposición en la que la visión del pasado se expresaba en el ideario de lo “hemos hecho en cirugía hasta el presente”, la cual fue coordinada por Francisco Fernández del Castillo.

En la premiación de los trabajos científicos, el doctor Ignacio Morones Prieto, subsecretario de Salubridad y Asistencia, en representación del licenciado Miguel Alemán Valdés, Presidente de la República, entregó los diplomas correspondientes a los trabajos de los doctores Felipe Aceves Zubieta, sobre *Neumocolia*, el citado de José Gaxiola Gándara sobre injertos, el de Carlos Colín y José Álvarez Amézquita sobre el manejo del cáncer y el de José Rodríguez Arroyo sobre anatomía. Los premios asignados a las enfermeras fueron distribuidos en emotiva ceremonia presidida por la señorita Adelina Villaseñor en representación de la Primera Dama, Beatriz Velasco de Alemán, y en ese mismo acto se entregaron los diplomas que acreditaban a las participantes y asistentes a los cursos de capacitación y se obsequiaron uniformes nuevos a todas las enfermeras (Velasco Ceballos, 1947: 400 y 401; Lavallo M, Álbum).

Numerosos actos sociales se sucedieron, pero el fin de las celebraciones fue la solemne velada del 23 de agosto en el Palacio de Bellas Artes en la cual fueron pronunciados sendos discursos en los que el doctor José Torres Torija exaltó lo que era el Hospital Juárez y su misión, mientras que el doctor Lavallo expresó en lo que llamó discurso-programa lo que era en aquel entonces y lo que sería el Hospital tras los ambiciosos

proyectos de ampliación que tenía en esos momentos y contaban con el apoyo oficial. Enmarcadas por interpretaciones musicales a cargo de los maestros José Rocabrana y José F. Vázquez, ambas elocuciones impactaron y emocionaron a la concurrencia. La ceremonia concluyó con la entrega de diplomas tras la declamación del poema de la licenciada María de la Luz Barrañón de Frago, intitulado "Romance de Santidad", por el que mereció el primer premio del concurso literario. Los premios y diplomas fueron entregados por el subsecretario de Salubridad y Asistencia, Ignacio Morones Prieto, en representación del Presidente de la República (Ceballos, 1947: 404 y 405).

Pasadas las fiestas y celebraciones, el ahora ya centenario Hospital Juárez continuó su ruta hacia un futuro esperanzador.



Velada solemne, el 23 de agosto en el Palacio de Bellas Artes

El Hospital Juárez, Institución Dedicada a Aliviar el Dolor Humano y a la Investigación

Centenario y Aspiraciones

Entre estas últimas figura la construcción de un nuevo edificio.—Bosquejo histórico y funciones de este centro hospitalario

Nota de A. ARGUDIN, Jr.

El Hospital "Juárez", en venerable tradición al servicio de la sociedad, cumple en este mes cinco años para ser más exactos el día 22, de venir funcionando y recibir con franca honra de piedad a aquéllas que por alguna causa han caído víctimas de algún accidente o trastorno de cierta gravedad y en muchos casos de muerte.

Pocas son las ocasiones en que el grueso del público se detiene un momento en sus inquietantes ocupaciones diarias y piensa por unos instantes en los esfuerzos que representa para un grupo de abnegados profesionistas —médicos, enfermeras, químicos y otros más— el tener en marcha una institución del género de la que nos ocupa.

Y sin embargo, así es para unos por sus labores y otros por indiferencia, dejamos pasar inadvertida una obra de bondad repertoriada social. Solamente en ocasiones extraordinarias —cuando se trata de un centenario o se busca el ataque injusto— nos acordamos que en nuestro país funciona un hospital de sangre que realiza esfuerzos gigantescos para dar servicio a una población de cerca de tres millones, siendo que su capacidad es para atender cuando mucho las necesidades de una ciudad de no más



Cien años ha que el Hospital Juárez...

El Hospital Juárez

Al fin Hospital General, 1948-1960

Carlos Viesca Treviño

El Hospital Juárez salió del regocijo de las celebraciones del centenario con la ilusión de sus nuevas instalaciones y los ánimos para enfrentar una realidad difícil pero con un futuro prometedor.

Siempre bajo la dirección de Lavalle, en 1948 se consolidó el trabajo del Banco de Sangre, el cual en los 10 meses que transcurrieron de enero al 31 de octubre de 1947, efectuó 2 mil 400 tipificaciones de grupo sanguíneo. Había almacenado y distribuido un total de 82 mil cc, empleados en 1 mil 747 transfusiones con un promedio de 350 cc cada una de ellas. Un dato preocupante fue que de esas 1 mil 747 órdenes, 551 de los donadores eran positivos a la reacción de Wasserman, lo que significaba que habían padecido sífilis. Por otra parte, en el Banco se usaron 92 mil 250 litros de sangre para producir 22 litros de plasma, la mayor parte de los cuales fue empleado en transfusiones transoperatorias, lo que no resulta extraño si se considera que la mayoría de los pacientes presentaban lesiones múltiples.

En 1950 el Banco de Huesos sufrió una importante reestructuración, pasando a ser un banco de tejidos en toda la extensión de la palabra. El jefe de esta unidad fue el doctor Agustín Chardí. Sus diferentes secciones fueron la de ojos, a cargo de Bernardo Fontero y Sergio Raúl Chavira; la de arterias, cuyos responsables eran Bernardo Castro Villagrana y Salvador López Antuñaño; la de huesos, con Adolfo Mayo Arias al frente; la de piel, dependiente de Roberto Prado Pérez; la de

cartílagos, a cargo de Adolfo Dueñas. Los servicios anexos de Anatomía Patológica y de Laboratorio Técnico estaban a cargo de Alfonso Reyes Mota y Mario Crespo Cetina, respectivamente (Vargas, 106).

De la actividad quirúrgica predominó la traumatológica, destacando los estudios sobre fracturas del astrágalo que realizó Luis García Figueroa, reportando dos casos manejados durante 15 semanas, con deambulación sin apoyo. Alejandro Castanedo, por su parte, hacía notar la posibilidad de presentar tétanos tardío e insistía en la atención que requería su prevención (Castanedo, 1948).

Al doctor Miguel Lavalle lo sucedió, en 1950, en la dirección José Aguilar Álvarez, quien era presidente entonces de la Academia Mexicana de Cirugía, cargo que ocupó en el bienio de 1948 a 1950. Su perfil era de un cirujano de prestigio internacional a lo cual se sumaba una carrera académico-administrativa de primera línea, pues había sido ya jefe del servicio de Gastroenterología y director del Hospital Español. Asimismo, se había desempeñado como director de la Escuela Nacional de Medicina, en donde sucedió a Gustavo Baz en 1938. Contaba al acceder a la dirección con unos 200 trabajos publicados.

Durante su gestión el Hospital mantuvo su ritmo de trabajo y se establecieron algunos servicios que completaban su perfil de enseñanza e investigación.

En 1954, Carlos Aguirre reemplazó en la dirección a Aguilar Álvarez, cirujano formado y desarrollado en



Dr. José Aguilar Álvarez



Dr. Carlos Aguirre Beltrán

el Hospital Juárez, donde había contribuido a la evolución de la Urología y había sido presidente de la Sociedad de Cirugía en 1940.

Durante su gestión el Hospital pasó a ser Hospital General. Ya Lavalle, en las conferencias del Centenario había insistido en que el 40 por ciento de los pacientes que llegaban al hospital no eran lesionados o traumatizados, sino que pertenecían a la categoría de enfermos de cualquier órgano, aparato o sistema que simplemente requerían atención hospitalaria. En los seis años transcurridos la proporción había aumentado, de manera que al ser publicado el nuevo reglamento para los hospitales por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y ante los esfuerzos conjugados de la Dirección y la Sociedad de Cirugía, no quedó ninguna posibilidad para que le fuera conferida esa calidad y dejara de ser un hospital "de sangre".

Aguirre estableció un Consejo Técnico Consultivo que asesorara al Director en la planificación de las acciones de los diferentes servicios y le ayudara a tomar en cuenta las inquietudes surgidas al interior de ellos. Se estableció un reglamento general en el cual se dejó bien establecida y normada la carrera hospitalaria y se puso mayor énfasis en la educación médica (s/a, editorial, 1955).

Con este logro obtenido, se renovaron las esperanzas acerca de la obtención de un presupuesto que permitiera renovar la planta física del Hospital, que estaba pendiente. Aguirre, que permaneció en la dirección hasta 1959, pudo dar continuidad a los esfuerzos y se realizaron remodelaciones parciales. En noviembre de 1954, junto con la XI Asamblea Nacional de Cirujanos, fue inaugurada una bien provista unidad de Enseñanza Audiovisual, la primera en su género en Latinoamérica.

Con los ojos puestos en la responsabilidad de ser un hospital general y de estar a la altura de la tarea encomendada a estos, en 1955 se invitó a Marjorie Warren para que presentara sus reflexiones sobre el hospital de West Middlesgex que estaba a su cargo y había sido convertido recientemente en hospital general tras haber sido siempre un asilo geriátrico regional. La institución contaba con 1 mil 200 camas y su experiencia era invaluable, pues no habían tenido un periodo de transición, como el que tuvo el Juárez,

para ir acondicionando espacios, manejos, equipo, pero sobre todo mentalidades hacia el nuevo tipo de pacientes. La conferencia de la doctora Warren tuvo lugar en el marco de la XI Asamblea Nacional de Cirujanos y fue publicada al año siguiente (Warren, 1956).

Castro Villagrana, apenas terminó su gestión como director de la Escuela Nacional de Medicina, insistió, en una conferencia sustentada el 12 de marzo, con motivo de la Conmemoración de los 25 años de la Sociedad de Cirugía, en que el Hospital se había caracterizado, pero tenía la necesidad constante de mantener e incrementar el “aliento quirúrgico, científico, social, ético y humano”.

Las actividades médicas del nuevo

Hospital General. La cirugía ginecoobstétrica

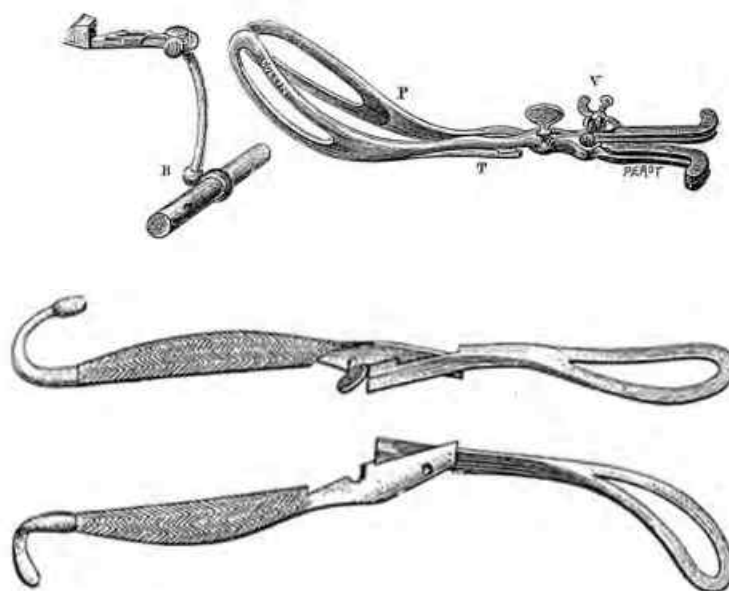
Haciendo gala del nuevo Hospital General, aumentó considerable el número de las publicaciones en ramas de la cirugía diferentes a la cirugía traumatológica y de urgencia. Así, en 1956 José de Jesús Marín publicó la maniobra de su invención para ayudar a la rotación de las criaturas en presentaciones posteriores con una valva vaginal ancha, que era mucho menos traumática y fácil de manejar, que la rama desarticulada de fórceps empleada anteriormente para ese mismo fin (Marin, 1956).

Una innovación en cirugía tubaria fue la ideada por Kuba Lichtinger, consistente en dejar un catéter perdido en el tejido subcutáneo a fin de mantener la permeabilidad de las trompas intervenidas (Lichtinger, 1956). De manera simultánea, Alfredo López de Nava reportaba siete casos en los cuales pasó el tubo por el ligamento ancho, pegado al redondo, llevándolo con una aguja hasta el tejido celular subcutáneo en donde lo fijaba (López de Nava, 1956).

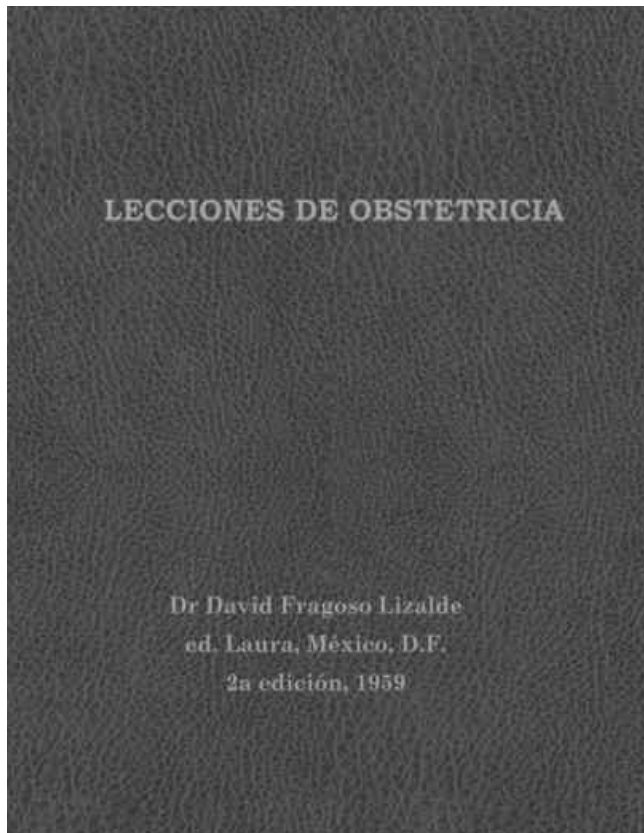
Isaac Morales se pronunció por el aborto terapéutico, tomando todas las precauciones y consideraciones previas al caso. Requisito esencial: solvencia moral absoluta, solidez profesional del médico, selección estricta de casos e insistir en la profilaxis. Propuso se lleve a cabo una investigación a fondo para que se analizaran los diferentes factores involucrados y se señalara las condiciones en que se justificaría la realización del aborto. Antes señalaba que, para contrarrestar el problema psicológico de la madre con un niño defectuoso, más que aborto se debía recomendar



Dra. Marjorie Warren



Fórceps



Portada del libro sobre obstetricia del doctor David Fragoso



Dr. Gustavo Baz

atención psiquiátrica, particularmente en los casos de rubeola materna; sin embargo, y a pesar de esta aparente marcha atrás, insistió en que en casos en que la vida de la madre corría peligro, no se debía tener la menor duda para practicar un aborto (Morales, 1956, p. 190). Otro médico del propio hospital, David Fragoso, mantenía en su texto sobre Obstetricia la vieja posición de prohibir el aborto de una manera total, afirmando que no era aconsejable en ningún caso.

Él mismo propuso la definición de criterios quirúrgicos bien establecidos de acuerdo a la experiencia acumulada en casos de placenta previa (Fragoso, 1955), Roberto Urdiola hacía algo semejante para establecer rutina de emergencias ginecoobstétricas (Urdiola, 1955) y Arturo de los Ríos para la histerectomía abdominal (De los Ríos, 1955).

Cirugía urológica y trauma

Por lo que toca a la cirugía urológica, un tema constante de preocupación fueron las lesiones consecutivas a traumatismos pélvicos. La experiencia al respecto fue publicada tardíamente por Enrique Sampedro, quien recopiló los casos tratados entre 1945 y 1952, en los cuales encontró 394 fracturas de pelvis y 74 traumatismos graves de la misma región sin problema urológico. En cuanto a las lesiones reportó 163 casos de rupturas de uretra sin fractura, 182 con ella y 27 lesiones vesicales. Los resultados terapéuticos apuntaron a la conveniencia de realizar permeabilización de la uretra a través de un abordaje retropúbico según técnica de Reyes Tamayo (Sampedro, 1956).

Victorio Petrone hizo gala de una gran experiencia en el manejo de las lesiones y fístulas ureterales y vesicovaginales (Petrone, 1955), y Carlos Aguirre tomó su experiencia en 35 casos de implante de ureteros con uretero coloanastomosis, en los cuales realizaba siempre peritonización de la anastomosis y fijación de sigmoides, esto último a fin de que este segmento intestinal no traccionara con su peso a la anastomosis (Aguirre, 1955). En relación con este tipo de pacientes y la insuficiencia renal que muchos de ellos presentaban, Castro de la Parra hizo las consideraciones pertinentes para establecer un diagnóstico diferencial entre problemas de la uropoyésis y los consecutivos a oclusión ureteral.

En cuanto a cirugía general destaca la contribución de Gustavo Baz, seguido por un destacado grupo de discípulos cercanos y que operó tanto en el Juárez como en el Hospital de Jesús. En la revista del Hospital publicó sus reflexiones y propuestas acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto. Siempre tratando de hacer anastomosis término terminal o al menos término lateral y dejando como último recurso el ano contranatura (Baz, 1955). Antonio García Luna traía a debate la relación entre estrés y corticoides en cirugía, apenas publicados en los trabajos pioneros de Hans Selye, en tanto que Lavalle había trabajado stress postoperatorio, sobre lo cual presentó un trabajo en la Asamblea Nacional de Cirujanos de 1954. Para finales de la década, David Contreras ya podía presentar criterios generales para la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardíaco (David Contreras, 1959).

La cirugía ortopédica

Sin embargo, la ortopedia y la traumatología, a las que se aunaba la atención de pacientes con quemaduras seguían siendo dominantes en el panorama del Hospital. Castro Villagrana reunía para 1955, 300 casos de mal de Pott tratados mediante fusión vertebral con injerto autólogo, siguiendo la técnica de Albee (Castro Villagrana, 1955). El mismo Castro, con Enrique Sampederro, hablaban de fibrosarcomas consecutivos a osteomielitis crónica (Castro Villagrana, Sampederro, VII, 28, jul 56:311.326) y Pedro Rosas Balanzario traía a colación la tuberculosis pseudoquistica (Rosas, 1956a) y los schwannomas malignos (Rosas, 1956b), en tanto que la novedad corría alrededor del tema de las micosis óseas, cuyo tratamiento con sulfonas combinado a la cirugía comenzaba a dar buenos resultados. La colaboración del grupo del Hospital Juárez, compuesto por Castro Villagrana, Castanedo, Ismael Ugalde, Ignacio Navarro, Mario García Ramos, Salvador López Antuñano y Antonio González Ochoa, este último del laboratorio para el estudio de las micosis del Instituto de Enfermedades Tropicales, fue indudablemente fructífera. Al poco tiempo ya se contaba con siete casos de micetoma. Otro tema de actualidad era el empleo de clavos intramedulares en huesos fracturados de miembros pélvicos en donde se contaba con

una buena experiencia, pues la primera colocación en México fue en 1947, en el Hospital Juárez, por Ismael Ugalde y Ramiro Valdés. Se destacaban para 1956 las principales contraindicaciones, que eran choque, infección, tumores y contusiones de la piel (Ugalde, 1956).

Sólo en el Juárez era posible recapitular acerca de las fracturas del calcáneo (Jiménez, 1957), tener la más amplia experiencia en el manejo de lesiones óseas y articulares (Ugalde, 1959) y del tratamiento de los traumatismos raquimedulares (Aguilar, 1959).

El manejo del paciente quemado

Las quemaduras eran otro tema de la vida diaria del hospital y fue a mediados de los cincuentas cuando se acumularon novedades y éxitos terapéuticos, paralelamente a los trabajos de Alfonso Serrano y Fernando Ortiz Monasterio en el Hospital General y la Cruz Roja. Roberto Prado Pérez fue uno de los más entusiastas y



Mal de Pott



Dr. Fernando Ortiz Monasterio



Dr. Gustavo Gómez Azcárate

productivos en este campo, desarrollando homoinjerto de piel en pérdidas cutáneas y analizando el proceso de reabsorción y hace estudios a profundidad acerca de la fisiopatología de las quemaduras (Prado 1956, a y b). El manejo de este tipo de pacientes implicaba poner atención especial en el estado de choque y en la pérdida de líquidos, para lo cual Gustavo Gómez Azcárate insistía en su reposición, pero todavía por la vía oral, administrando soluciones salinas o glucosadas (Gómez Azcárate, 1956). La “mínima dosis de humanidad del personal que maneja a estos pacientes” y la operación y rehabilitación temprana en servicios especializados, fueron el corolario para su manejo.

La cirugía de mano

La cirugía de la mano se iba convirtiendo en uno de los campos muy especiales de la *ars chirurgica*, debido tanto a la seriedad de sus secuelas, sobre todo en lo referente a la función, como en la multitud de detalles a cuidar que paulatinamente fueron siendo conocidos y apreciados. Pero estos avances fueron poniendo en evidencia errores frecuentes en las amputaciones de dedos y en las amputaciones parciales de la mano. Un ejemplo que se hizo clásico fue la preferencia de la amputación a nivel del tercio inferior del antebrazo en lugar de la radiocarpiana que se había preconizado hasta entonces como menos mutilante y con buena funcionalidad, resultando esto último bastante contestable. Se apuntaba ya como procedimiento adecuado el proceder a la amputación inmediata si existiera daño de los elementos vitales de los dedos, en lugar de contemporizar, lo que había sido la regla, dando lugar a la aparición de necrosis o infecciones que seguramente harían la recuperación más larga y difícil. Se hizo regla en el hospital que nunca se hiciera la desarticulación de los dedos índice y medio, sin extirpar los metacarpianos, y en el dedo índice nunca dejar parte de la primera falange. En caso de lesiones de los dedos que afectasen solamente a la primera y/o segunda falanges, siempre que hubiese duda acerca de la viabilidad, se recomendaba no hacer amputación inmediata, sino cubrir con injertos cutáneos las falanges expuestas y dar tiempo para observar si se mantienen viables o no. Finalmente, se recalca la importancia

de que hubiera centros especializados en cirugía de la mano (Ugalde y Rosas, 1959).

Un buen servicio de urgencias

En agosto de 1959, con motivo de la celebración del CXII Aniversario del Hospital, se recapituló acerca de lo que había llegado a ser el servicio de urgencias, todavía llamado entonces de “emergencias”. El balance fue que el Hospital seguía teniendo un predominio de pacientes traumatológicos y de cirugía de urgencia, ya que de sus 700 camas solamente un 40 por ciento eran de pacientes no traumáticos. Al respecto, Rafael Sánchez Cabrera, recién regresado del extranjero en donde se formó como internista, insistía en la necesidad apremiante de que se incorporase un servicio de medicina interna. Ernesto Hasbach puntualizó la labor en el servicio de Emergencia: se atendía a 20 pacientes cada 24 horas, el 45 por ciento de ellos para ser intervenidos quirúrgicamente de urgencia. El promedio de tiempo para ser atendidos era de 2 horas entre su llegada y el acceso a sala de operaciones, tiempo envidiable en prácticamente cualquier hospital de ahora. El servicio se podía prestar de tal forma gracias al establecimiento de un sistema de guardias de 24 horas, permaneciendo continuamente en el área de urgencias ocho preinternos, un interno, quien es residente de cirugía general, es quien supervisa y es el responsable del servicio; dos anestelistas, un residente de patología con uno o dos prosectores, un residente de radiología con dos técnicos y siempre la posibilidad abierta de que a cualquier hora se podía llamar al especialista adjunto, quien tenía la obligación de acudir de inmediato. Esto último se logró también mediante un sistema de turnos de “guardia al llamado.” Los bancos de sangre, el de tejidos y el laboratorio trabajaban asimismo 24 horas. Cada quien hablaba de cómo se satisfacían sus necesidades. De tal modo, Juan López Cueto recordaba que un primer y embrionario servicio de urgencias se había inaugurado en 1919 a instancias de Castillo Nájera, y que el de ahora, 1959, estaba bien provisto de material de todo género, contándose hasta con sondas de Miller Abbott, empleadas para la aspiración de duodeno, las cuales eran entonces artículo de lujo. A Maximiliano Carbajal Mota se debió la elaboración de una minuta para el estudio del

enfermo, mediante la cual se sistematizó lo que debería hacerse en términos generales, abreviándose el tiempo de atención. La importancia del servicio de emergencia en un hospital general era innegable.

El fin de la década

En 1959 accede a la dirección del Hospital Rafael Martínez Zamudio, teniendo en Jesús Acosta Ysaís su subdirector del Hospital, el cual fue su sucesor en la dirección en 1961 y duraría en ella hasta 1963. Construyendo más allá de lo previamente logrado, la finalidad de esta administración fue optimizar los servicios con los que contaba el Hospital, haciendo gala de la filosofía que heredaran de sus antecesores en la dirección, muy en especial Torres Torija y Castro Villagrana: “La conservación de la salud como derecho inalienable”. Para ello insistieron en mejorar la organización e interacción de los servicios, buscando la sincronía



Dr. Juan López Cueto



Dr. Rafael Martínez Zamudio



Dr. José Álvarez Amézquita

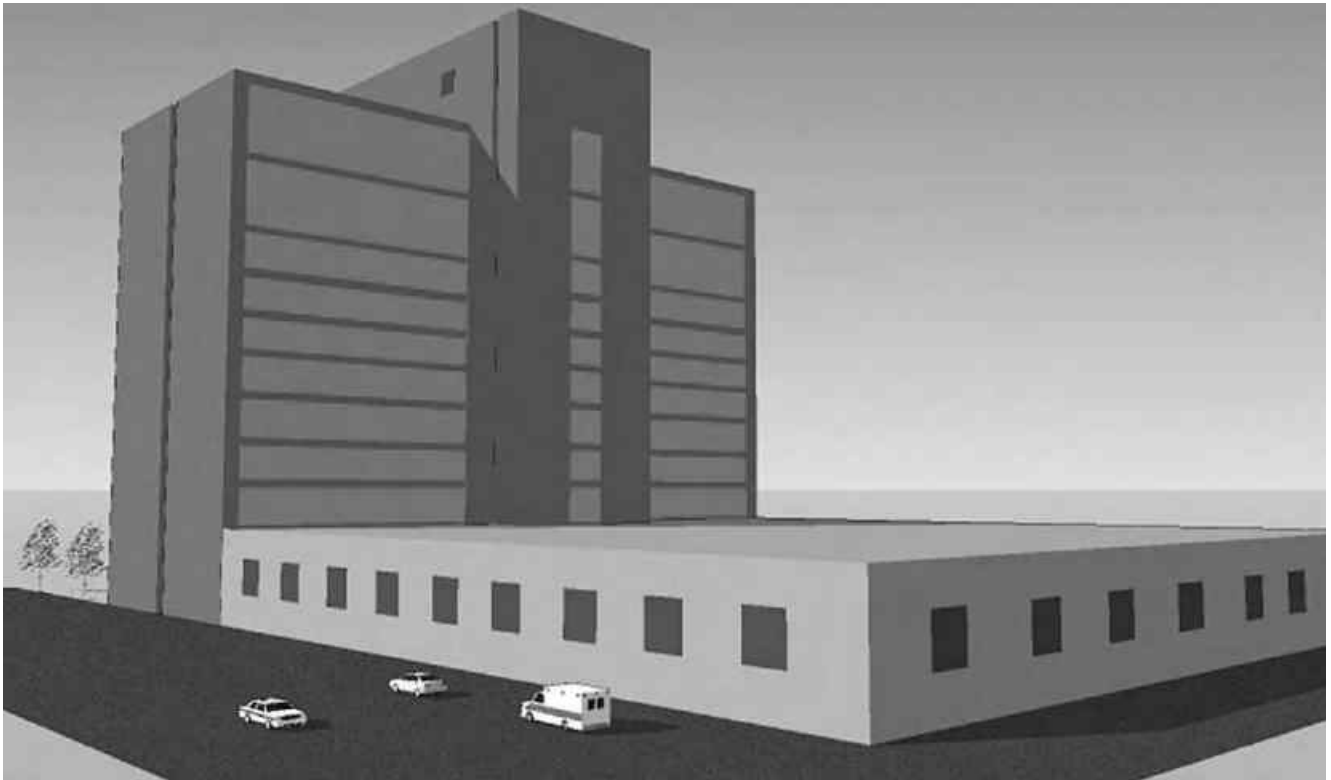
del trabajo administrativo con el médico y el que la atención se prestara a la brevedad posible. La atención de urgencias fue definida como una prestación exclusivamente de tipo médico, siendo lo quirúrgico su secuencia lógica en muchos de los casos, pero no el abordaje de primera instancia por definición. Ambas cosas se planteaba que debían hacerse sin permitir el menor retraso ni equivocación y para ello era necesario que el servicio de urgencias contara con el personal más capacitado, y no, como sucedía y sigue sucediendo en muchos hospitales, que quienes trabajan allí son los últimos eslabones de la cadena del servicio hospitalario. En el mismo sentido se dio entrenamiento especial a los pasantes en servicio social para que se desempeñaran de manera adecuada. Otra innovación fueron: los servicios de urgencias, médicos y quirúrgicos, los cuales funcionarían de manera ininterrumpida las 24 horas, constituyendo un ejemplo para otros hospitales cuyos servicios de urgencias eran mínimos y la atención de alta calidad se restringía al turno matutino y a lo más al vespertino. Un último punto: retomando lo que ya había iniciado exitosamente Lavalle una década atrás, se prestó especial atención a disminuir el tiempo de hospitalización mejorando la consulta externa de modo que los pacientes, cuando sus problemas no requerían atención de urgencia, ingresaran ya completamente estudiados y fueran egresados también lo más pronto posible, continuando con su control en la consulta externa.

Todo esto fue acompañado de una campaña de información a la comunidad de su derecho a recibir la atención y de la accesibilidad a los servicios. Por igual, fueron establecidas cuotas de recuperación, mínimas, a fin de coadyuvar a solventar el tremendo problema de carencia de fondos y, por tanto, de insumos para la atención. Este esquema, sin desconocer el derecho de los mexicanos para ser ayudados en la conservación de su salud y su recuperación cuando fuere el caso, se estableció *de facto* una responsabilidad en el apoyo económico para hacer posible el funcionamiento de los servicios médicos ante las carencias económicas que se hacían cada vez más sensibles conforme los costos de la atención se elevaban.

Las Asambleas Nacionales de Cirujanos

Como ha sido señalado en los capítulos anteriores, las Asambleas Nacionales de Cirujanos formaban parte indisoluble y primordial de las actividades académicas del Hospital Juárez. Realizadas cada dos años, reunían a los más destacados especialistas en las diferentes áreas y especialidades quirúrgicas, quienes presentaban en ellas los tópicos de mayor interés y actualidad. Para la edición número X, que se llevó a cabo en 1952, fue designado presidente José Álvarez Amézquita, con Antonio García Luna como secretario general y Raúl Peña Treviño como secretario. García Luna presidió la XI Asamblea Nacional de Cirujanos y logró que fuera inaugurada, el 14 de noviembre de 1954, por el Presidente de la República, Adolfo Ruíz Cortines. Ya para estas fechas era costumbre que con cierta frecuencia se hicieran coincidir otras reuniones

académicas con las asambleas, y en esa ocasión fueron llevadas a cabo simultáneamente el V Congreso Mexicano de Anestesiología, el IV Congreso Nacional de Traumatología, la IX Convención Nacional de Enfermeras, la II Reunión Nacional de Administración de Hospitales y el I Congreso Nacional de Laboratorio Clínico (Vargas, 108). La Asamblea de 1956, la edición número XII, fue presidida por Guillermo Alamilla. Durante ella las operaciones fueron transmitidas por primera vez en circuito cerrado de televisión, quedando las instalaciones necesarias para disponer de esta facilidad en la unidad de quirófanos del hospital en lo sucesivo. Las Asambleas de 1959 y 1960 fueron presididas, respectivamente, por Mario García Ramos y Alejandro Castanedo Kimball. La primera de ellas tuvo un brillante colofón con la reunión postasamblea que tuvo lugar en la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota.



Maqueta para la construcción del nuevo edificio del Hospital Juárez

La historia reciente: tiempo de contrastes

Hugo Brown Dalley y Carlos Viesca Treviño

El cuarto de siglo que transcurrió de 1960 a 1985 parece ser de relativa “normalidad” para cualquiera que lo examine de manera superficial, o ateniéndose a las comunicaciones oficiales de la época. Por un lado, en el plano estrictamente hospitalario, los servicios habían alcanzado un nivel científico y social que ya estaba

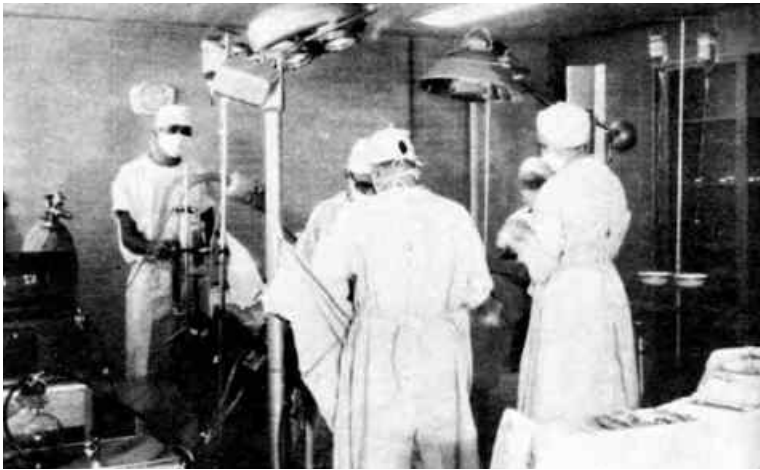
cimentando un serio prestigio, de acuerdo con los estándares aceptados en ese momento. Por el otro, la evolución del país atravesaba un periodo en el cual el progreso era una característica cotidiana que solía medirse en estadísticas que, por regla general, revelaban una situación de crecimiento en todos los planos.



Edificio del nuevo Hospital Juárez, 1970



Los médicos en el Zócalo. Movimiento Médico, 1965



Nueva sala de cirugía experimental



Dr. Jesús Acosta Ysaís

La seguridad social y la atención a la salud acompañante se expandían en todo el país, con la construcción de nuevas instalaciones en los rincones más apartados, ya fueran hospitales, clínicas o centros de salud. La cantidad de personas protegidas por uno u otro de los sistemas de salud crecía año con año. Las diversas campañas, por ejemplo, la de control de la fertilidad en la primera mitad de los años 70, se cumplían con regularidad y con resultados estadísticamente atestiguados.

Esto daba lugar a un discurso oficial de tranquila suficiencia: parecía que sólo había buenas noticias; sin embargo, el periodo no estuvo tan desprovisto de acontecimientos inquietantes ni consecuencias trascendentes, como la calma informativa daría a entender. Algunos de estos acontecimientos tuvieron influencia directa sobre las actividades del Hospital Juárez, como el movimiento médico de 1964-1965, así como el terremoto de 1985; mientras que otros ejercieron un impacto más difuso e indirecto, como fue el caso del movimiento estudiantil que concluyó con el episodio trágico de Tlatelolco en 1968 y que tuvo su epílogo en el Casco de Santo Tomás, en 1971. De impacto distinto, pero igualmente profundo, fue la devaluación de 1976.

El Hospital Juárez durante los años 70

Ya con una trayectoria establecida en su calidad de hospital general y con un proyecto de ampliación y modernización, en 1959 fue designado como director del Hospital el doctor Rafael Martínez Zamudio, sucediendo en el cargo al doctor Carlos Aguirre. Su periodo se distinguió por los esfuerzos, la formación y especialización de recursos humanos, de manera significativa, cirujanos generales, a los que se brindaba preparación adicional, con especializaciones en determinadas intervenciones.

En este periodo se profundizaron las relaciones con la Facultad de Medicina, y empezó a incrementarse el número de cursos, clínicas y residencias que ofrecía la institución.

En 1961, se hizo cargo de la dirección general el doctor Jesús Acosta Ysaís, con larga y fructífera carrera en el Hospital Juárez de México, que cristalizó en dos periodos al frente del mismo: 1961-1963 y 1969-1971.

A él se debe la redacción del manual “Reglamentos internos y normas para médicos internos” que estuvo vigente en el Hospital por largos años. Previamente a su acceso a la dirección, Acota Ysais había fungido como miembro del Consejo Técnico del Hospital y como subdirector durante el periodo inmediato anterior.

Los avances tecnológicos

Las Asambleas Nacionales de Cirujanos, aunque comenzaron a llevarse a cabo en algunas ocasiones fuera del recinto del Hospital, siguieron siendo una actividad en la que las autoridades de éste pusieron siempre su mejor empeño y ofrecieron su apoyo incondicional. En 1960 tuvo lugar la XIV Asamblea, presidida por el doctor Alejandro Castanedo Kimball, jefe del Servicio de Ortopedia y quien encabezara los cursos de la misma materia para los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que la tomaban allí, así como de la residencia para la formación de ortopedistas. Entre los conferencistas de las sesiones plenarios se contaron José Álvarez Amézquita, médico del Hospital por varios lustros y entonces secretario de Salubridad y Asistencia; Clemente Robles Castillo, iniciador de la Neurocirugía en el propio Hospital y ya para entonces adscrito a él, y Carlos Sariñana, del servicio de Cirugía del Hospital Infantil. En esta ocasión la clausura del evento tuvo lugar en el puerto de Acapulco el 19 de noviembre (Vargas, p. 109; Barragán, p. 38).

En el Hospital, mientras tanto, se aprovecha la realización de la XV Asamblea Nacional de Cirujanos de 1962, misma que fue presidida por el doctor Jacinto Arturo Sánchez, para hacer demostraciones mediante un circuito cerrado de televisión recientemente instalado en el nosocomio, transmitiéndose operaciones llevadas a cabo en los quirófanos. Esta importante adquisición fue continuación directa de la Unidad de Enseñanza Audiovisual que se había fundado en 1955 en el mismo Hospital y había inaugurado la sistematización de medios que eran entonces extraordinarios y se convirtieron en comunes y corrientes, como fueron los proyectores de transparencias y películas de 8 y 16 mm, así como los de cuerpos opacos. Con esta primera experiencia, se amplía la modalidad que, con el tiempo, iba a tener un desarrollo cada vez más



Dr. Alejandro Castanedo Kimball



Dr. Clemente Robles Castillo



Dr. Jacinto Arturo Sánchez

considerable: la película de corto metraje destinada a la enseñanza de la cirugía; sin embargo, la novedad en sí consistió en abrir la posibilidad de transmitir directamente las intervenciones, además de que fueran



Dr. Eduardo Castro de la Parra



Dr. Carlos Sáenz Domínguez

grabadas para su posterior utilización, sea retransmitiéndolas a otros espacios, sea utilizándolas para revisiones sucesivas de los casos y para insistir en la observación de los detalles significativos que serían relevantes en la formación de los futuros cirujanos. Punto de interés y directamente relacionado con lo anterior fue que entre los concursos convocados por esta XV Asamblea se contaran los de Cinematografía Quirúrgica y de Fotografía Clínica, que llevaron respectivamente los nombres de los doctores José Aguilar Álvarez y Raúl Arturo Chavira. Es digno de mención que también entre dichos concursos hubo uno en el que se premió a la mejor novela corta presentada, cuya denominación fue en homenaje a don José Torres Torija, y otros de poesía, pintura y escultura, a los que se impusieron los nombres de José Rojo de la Vega, Miguel Lavalle Martínez y Carlos Dublán, respectivamente.

En el año de 1963, el doctor Eduardo Castro de la Parra se hace cargo de la dirección. Urólogo de alto prestigio, gestionó donaciones de particulares que permitieron al Hospital Juárez contar con su primer riñón artificial.

Durante su gestión se fueron consolidando también relaciones con empresas (por lo general grandes fabricantes de medicamentos y productos nutricionales), que en años posteriores se manifestaron en el otorgamiento de becas, la donación de libros y algunos equipos, destinados en su mayor parte a médicos residentes en las áreas de ginecología y pediatría.

Igualmente, prestó un fuerte apoyo a las labores de enseñanza, y al año siguiente, el Hospital fue testigo de los adelantos que se iban generando en este terreno. La XVI Asamblea Nacional, presidida por el doctor Carlos Sáenz Domínguez, se llevó a cabo en noviembre, de manera simultánea con otros cuatro eventos. Éstos fueron: la VI Reunión de Patólogos, el IV Congreso Nacional de Cirugía Bucal, el I Congreso Nacional de Medicina Forense, y el I Congreso Nacional de Enfermería; sin embargo, lo más relevante fue la presencia en el auditorio del Hospital de la señora Eva Sámano de López Mateos, primera dama de la República, presentando una ponencia acerca del Instituto Mexicano de Protección a la Infancia y, una vez más, del secretario de Salubridad y Asistencia, José

Álvarez Amézquita. También es de destacar la participación de Charles A. Berry, de *National Aeronautics and Space Administration* de Estados Unidos, de William Fields, de la Universidad de Baylor, de William H. Remin de la *Mayo Clinic*, Rochester, Minnesota, de Anton Ochsner, y de miembros de la Academia Japonesa de Cirugía (Barragán, 41; Pérez García).

Un aspecto amable de esta Asamblea fue la presentación del *Himno del cirujano*, con música del maestro de la marimba Ceferino Nandayapa y letra del doctor Enoch Cancino Casahonda.

Las otras dos Asambleas llevadas a cabo durante este decenio, la XVII y XVIII, fueron presididas, respectivamente, por los doctores Eduardo Uribe Guerola, jefe del Servicio de Transfusión Sanguínea del Hospital y Jesús Acosta Ysais, ex director del mismo, quien la llevó a cabo en el auditorio del Centro Médico Nacional ante la imposibilidad de hacerla en el Hospital Juárez debido a las obras en curso. En la primera de ellas la presencia internacional estuvo representada por Milton Elkin, del *Albert Einstein College* de Nueva York. Cabe mencionar que todos aquellos quienes presidieron las Asambleas durante este periodo eran miembros de la Academia Mexicana de Cirugía y pertenecían a la élite de los cuadros quirúrgicos nacionales.

La otra institución académica de importancia con que contaba el Hospital era la Sociedad de Cirugía, íntimamente ligada con la organización de las Asambleas. Al frente de ella aparecen los doctores Isaac Morales Silva, en 1959; Ramiro Valdez Valdez, en 1961; Jesús Aguilar Rodríguez, en 1963, y Jesús Acosta Ysais, en 1965; a partir de entonces, en sucesión anual encontramos a Antonio García Luna en 1966, Jorge Chamlati Maldonado en 1967, Arturo Beltrán Ortega, prestigioso cirujano oncólogo, en 1968.

Todavía dentro de la gestión del doctor Castro de la Parra se terminó la construcción y fue inaugurado el nuevo edificio destinado para la residencia médica, asistiendo y presidiendo el acto el licenciado Gustavo Díaz Ordaz, presidente de la República.

Un nuevo tipo de ejercicio médico

De manera prácticamente simultánea, se producían los primeros enfrentamientos de un proceso que, con



Eva Sámano de López Mateos llegando para impartir la conferencia del IMPI



Grupo de enfermeras



Dr. Eduardo Uribe Guerola



Dr. Jorge Chamlati Maldonado



Dr. Arturo Beltrán Ortega



Movimiento Médico, 1965

el tiempo, se conoció como “Movimiento Médico”. Si bien este conflicto en particular tuvo menos repercusión en el Juárez que en otros nosocomios importantes, las consecuencias del diferendo sobre toda la clase médica fueron profundas.

Partiendo de un incidente de aspecto circunscrito, como fue una reclamación de aguinaldos y mejora salarial por parte de internos y residentes del Hospital “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la reacción solidaria de una parte importante de la clase médica significó la puesta en marcha de un enfrentamiento generalizado entre autoridades y médicos que dejó consecuencias profundas y de amplio alcance. En enero habían entrado ya en paro los médicos residentes e internos de los hospitales pertenecientes al ISSSTE, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a la Secretaría de Salud (SSA) y, aunque hubo un arreglo parcial unas semanas después, el conflicto volvió a reavivarse llevando la discusión a extremos, siendo cesados de sus funciones un número no grande pero sí significativo de médicos, tanto adscritos como residentes y algunos internos.

Sin proponérselo, el Movimiento Médico dejó establecida de manera irreversible una modalidad que —si bien ya era una realidad reconocida a medias— iba a imponerse en los años que siguieron: la del médico asalariado.

Con ello, se acentuaba el declive de la percepción de la medicina como “profesión liberal”, de acuerdo con la cual sus practicantes gozaban de independencia de criterio en el tratamiento de sus enfermos y eran remunerados por honorarios.

Este cambio en la percepción del médico no era exclusivamente producto del Movimiento Médico. Era una tendencia ya arraigada en muchos países del mundo, y había muchos factores que contribuían a la misma.

En México en particular, uno de esos factores fue la cantidad de médicos que salían de las escuelas. Los años que siguieron al Movimiento, como se detalla más adelante en este capítulo, iban a ser testigos de un incremento espectacular en la cantidad de médicos en México (con el consiguiente deterioro de su nivel de preparación), que acarreó la aparición de un fenómeno que hasta entonces había sido impensable: la desocupación médica.

Igualmente, podría rastrearse hasta el Movimiento Médico la conciencia de que quienes practican la medicina son trabajadores y que, como tales, pueden ser incorporados a sistemas, seguir protocolos y ser objetos de supervisión.

Los primeros indicios de esta conciencia ya se habían manifestado a través de la aparición de los consejos de especialidades, que otorgaban sus respectivas certificaciones. La influencia de dichos consejos era, en la década de los años 60, incipiente, pero estaba destinada a crecer.

Calidad en la atención y amplitud de cobertura

Se hace cargo de la dirección del Hospital el doctor Mario García Ramos, en 1967, tocándole el difícil periodo —lleno de esperanzas, planes e incomodidades— en que se iniciaron las obras que desembocarían, tres años después, en la realización de una nueva torre de hospitalización, y la reconstrucción del viejo claustro.

En 1968 se inician los trabajos de la ambiciosa remodelación del Hospital Juárez, planeada para crear una torre de hospitalización completamente nueva, capaz de solucionar de manera definitiva los problemas de sobrepoblación y fallas de funcionalidad que sufría el nosocomio.

Asimismo, la Asamblea Nacional de Cirujanos correspondiente a 1968, la XVIII, aún cuando su organización se instrumentó como era habitual a través de las instancias académicas del Hospital Juárez, las sesiones tuvieron lugar en el auditorio del Centro Médico Nacional del IMSS y las demostraciones quirúrgicas en varios hospitales. Fue presidida por el doctor Jesús Acosta



Dr. Mario García Ramos



Interior del Claustro



Torre del Hospital Juárez



Entrada lateral de la capilla

Ysais, quien, por cierto, en 1969 regresa a la dirección del Hospital. Como uno de sus primeros objetivos se propone atacar el grave problema que existía entonces con el archivo clínico. Como primera medida, prepara y distribuye un extenso y detallado instructivo sobre la confección del expediente clínico, en el que enumera las informaciones básicas que dicho documento debe contener, como también los responsables de llenar a máquina sus diferentes partes.

Por fin, un edificio diseñado como hospital

Bajo su dirección, el Hospital en vías de metamorfosis —misma que se venía debatiendo desde la década de los años 50— debió atravesar varios periodos problemáticos, que provocaron que estuviera prácticamente cerrado por momentos, y funcionando a capacidad reducida por otros, durante alrededor de dos años.

Si bien la torre nueva se construyó en terrenos adyacentes, se juzgó necesario —en una decisión que fue intensamente discutida— demoler los pabellones existentes al mismo tiempo que se iniciaba la nueva construcción, con la consecuencia de que se perdió durante un periodo prolongado gran parte de la capacidad de hospitalización.

Algunos de los eventos que tradicionalmente albergaba el nosocomio —como las asambleas nacionales de cirujanos y demás reuniones simultáneas— tuvieron que ser trasladadas, como ya ha sido señalado, al Centro Médico Nacional para sus reuniones plenarias, y a diferentes hospitales para sus actividades quirúrgicas.

Estas anomalías fueron sobrellevadas con buen ánimo por la mayor parte del personal del Hospital, esperanzado de que en breve contaría con instalaciones del más alto nivel en cuanto a modernidad y, por primera vez, diseño planificado específicamente para las necesidades de atención a la salud en general y servicios quirúrgicos en particular.

Las partes antiguas del Hospital fueron respetadas en cuanto a su estilo arquitectónico y restauradas escrupulosamente, de manera especial el claustro y la capilla de San Pablo, que se acondicionó como auditorio. El claustro, a su vez, respetando su arquitectura original, se destinó a tres aulas, biblioteca, hemeroteca y oficinas correspondientes a los departamentos de enseñanza e investigación, además de las sedes de la

Asamblea Nacional de Cirujanos y de la Sociedad de Cirugía.

La nueva torre incluía un sector de hospitalización de 580 camas, a la vez que dos pisos de quirófanos y las centrales de farmacia, equipos y los departamentos de Cuidados Intensivos, Anatomía Patológica y Radiología.

El equipamiento, que no incluía aparatos de vanguardia, estaba concebido para asegurar el funcionamiento idóneo del Hospital —partiendo de las premisas de mejorar su capacidad de atención sin incrementar el número de camas, y a la vez establecer indicaciones para derivar ciertos casos de alta especialización a los institutos respectivos— en un nivel de eficiencia óptimo, conduciendo a que se considerara en ese momento como uno de los nosocomios de índole general más modernos de México, si se toma en consideración que también en esta época se realizó la demolición de los viejos pabellones del Hospital General y la construcción de sus modernos sustitutos.

Nuevas instalaciones y la década de los 70

Su inauguración oficial se produjo en noviembre de 1970, pero su regreso efectivo a la actividad apenas se fue logrando en trabajosas etapas a partir de junio de 1971, y este proceso no se completó hasta fines de dicho año.

En enero de 1971, ocupó la Dirección General el doctor Jacinto Arturo Sánchez, quien escribió, a propósito de su visión de lo que debería lograr estando al frente del hospital:

“El nuevo Hospital despertará de su letargo de dos años, renovará sus laureles y se pondrá un nuevo uniforme blanco. Entrará en gran actividad y se colocará en el sitio que le corresponde al lado de las grandes instituciones médicas de nuestro país. Su voz resonará nuevamente por todos los ámbitos de la patria, y sus hijos, en los más apartados lugares del país, escucharán otra vez con emoción el mensaje que están esperando”.

A su vez, el presidente de la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, doctor Pedro Alemán Muciño, se expresó sobre la visión de futuro que inspiraba este nuevo edificio, concebido para brindar lo mejor que la ciencia médica tenía para ofrecer:



Torre del Hospital al fondo



Costado de la torre del Hospital

“Como presente, el Juárez, en su dimensión hospitalaria asistencial, es todavía el espejo de circunstancias. No obstante las grandes luchas de los mexicanos, llenas de desequilibrio entre el progreso y la miseria —entre la equidad y la justicia logradas, y la justicia y la equidad por conseguir— es espejo de un presente que, como lo ha reiterado el Presidente de la República, exige perentorio la entrega cabal, el dinamismo incesante y la pasión requeridos por todo cambio de estructuras injustas o defectuosas. De esa imagen realista del presente surge por fuerza la visión de un mejor futuro. Sólo el conformismo apático o retrógrado aceptaría el actual estado de cosas como congelada situación inmodificable; estatua de sal sin basamento en las fuerzas evolutivas de ahora; ni rostro ni ojos fijos en el porvenir.”

La inauguración de la nueva torre significó un impulso a todas las iniciativas específicas que se venían acumulando durante los años incómodos de la construcción. Se iba a contar, por fin, con un espacio adecuado para instalar un archivo clínico funcional, capaz de servir de base para labores de estudio e investigación, solucionando un añejo problema que el doctor Alemán Muciño describía como “un hacinamiento de expedientes, acumulados sin orden ni concierto”.



Archivo clínico

El archivo, efectivamente, se instaló, con sistemas de clasificación y acceso que, en esos años anteriores a la computadora, representaban una solución aceptable para el manejo de la grande y creciente cantidad de información que generaba un nosocomio de ese tamaño y nivel. Por desgracia, el proceso iniciado con tan buenos propósitos quedó trunco como consecuencia del terremoto de septiembre de 1985. Pero quizá sea conveniente agregar que un “terremoto administrativo”, auspiciado por el Poder Legislativo de la Federación y amparado por la loable intención de preservar la confidencialidad de los datos médicos incluidos en los expedientes, recientemente ha limitado la consulta y utilización, aún con fines de investigación y sin considerar el anonimato que ésta implica, de expedientes posteriores a 1945, asestando un serio golpe a la posibilidad de realizar investigaciones históricas y de carácter clínico retrospectivo.

En un acto que simbolizaba, otra vez, el cambio en el papel de los hospitales en sus relaciones con la comunidad a la que servían, se establecieron lineamientos para el acceso de acompañantes a las áreas de hospitalización. Al respecto, el doctor Alemán Muciño comentaba ácidamente:

“Y añadamos que tal consulta (se refería a la renovada consulta externa) habrá de verse despejada del estorbo representado por el excesivo número de personas desocupadas o subocupadas que, con el pretexto de acompañar a los enfermos, convierten el servicio en deplorable tianguis de holganza, lectura de pasquines y fonda de consumo de alimentos suministrados por vendedores ambulantes (también subocupados); todo en detrimento de la funcionalidad, la higiene y el ambiente de austeridad que el ejercicio de la medicina exige”.

El Departamento de Enseñanza

Al momento de la inauguración de la nueva torre y de las adaptaciones que se hicieran a las viejas construcciones se reorganizó la enseñanza impartida en el Hospital a todos los niveles. Un paso esencial fue la consolidación del Departamento de Enseñanza al dársele la estructura de una Unidad en la que la responsabilidad de sus funciones era compartida por el Hospital

y sus autoridades y la Facultad de Medicina de la UNAM. En el edificio ya dispuesto anteriormente para unidad de enseñanza fueron reacondicionadas nueve aulas, habiéndose construido otras tres, con cupo de 100 alumnos cada una, en el antiguo claustro y cinco más en los diferentes pisos de la torre de hospitalización, circunstancia que, al derrumbarse como consecuencia del terremoto del 19 de septiembre de 1985 perdieran la vida tanto alumnos como docentes. Fun-
gió como jefe de ella el doctor Gilberto Lozano Saldívar y como su subjefe el doctor Mario Gómez Vidal.

Ya en 1972 tenían clara la planeación del número y categoría de los residentes que habrían de recibir en el Hospital su formación. Para 1973 contemplaban un aumento de tres plazas de Residentes Rotatorios, haciendo un total de 33, con 24 residentes del primer año, 24 del segundo y 15 del tercero, señalándose que, dado que los nuevos programas de especialidad entrarían paulatinamente en funciones a partir de 1974, se requerirían cinco residentes más de tercero y la creación de plazas de cuarto año para las especialidades de ortopedia, neurocirugía y cardiovascular (*sic*) [Oficio de G. Lozano a J.A.- Sánchez, 22-IV-1972, C23, D16]. Estos cálculos se hacían tomando en cuenta la existencia de 482 camas censables, de las que 112 correspondían al servicio de gineco obstetricia, 100 a pediatría, 60 a cirugía general, 40 a ortopedia, 30 a urología, 30 a neurocirugía, 30 a cardiología y cirugía cardiovascular, 30 a gastroenterología, 20 a cirugía reconstructiva y 30 a medicina interna, distribución que habla por sí misma de la preponderancia de las especialidades quirúrgicas.

Es digno de atención el que en los principales documentos en los que se definen y describen las funciones y actividades del Departamento de Enseñanza el doctor Lozano Saldívar insistiera siempre en que los médicos residentes e internos de la institución serían formados en términos de “aprendizaje, entrenamiento y ética...” (Hospital Juárez, SSA, Departamento de Enseñanza, AEHJ, C23, D17).

Por lo que corresponde a la enseñanza de pregrado, en 1974 se registraban entre el personal adscrito al Hospital 41 profesores titulares de diferentes cursos de nosología y clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM (8AEHJ, C42, doc 11).

Preocupación constante: la formación de enfermeras

Otro tema que recibió atención priorizada fue el fortalecimiento y ordenamiento de la formación de enfermeras. El renovado Hospital Juárez contaba con 84 enfermeras, 76 técnicas en Enfermería, y 446 auxiliares de Enfermería.



Dr. Gilberto Lozano Saldívar



Enfermeras en clase

En la planta baja del renovado claustro se establecieron el Departamento y la Escuela de Técnicas en Enfermería. Se procuraba no solamente la sistematización de los muchos cursos y talleres que se venían impartiendo para el perfeccionamiento del personal de enfermería y la ampliación de la gama de sus habilidades, sino la puesta en marcha de un servicio de Enfermería racionalmente calculado para un óptimo rendimiento, que aprovechara al máximo los conocimientos y las destrezas tanto de enfermeras como de auxiliares, todo con el objeto de mejorar la atención; sin embargo, lo más relevante fue la creación y establecimiento de la Escuela de Técnicas en Enfermería, auspiciada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y con sede precisamente en el Hospital Juárez, de cuyo Departamento de Enfermería dependía. Esto sucedió en 1972. Por un tiempo el curso fue coordinado por la Enfermera Titulada Alejandra Martínez Figueroa y el 18 de febrero de 1975 recibió el nombramiento correspondiente la Enf. Tit. María Elena Terán Martínez. (Of. De G. Lozano a Ma E. Terán, 18-II-1975, AEHJ, C31, doc 19). En 1974 recibieron este curso 52 alumnas.

Como ejemplo de otras actividades docentes promovidas y efectuadas por la Jefatura de Enfermería del hospital, baste decir que desde 1973 se reorganizó y reforzó el curso de preparación de enfermeras quirúrgicas y en 1974 se impartieron seis cursos monográficos

y de adiestramiento que acreditaron 273 personas (AEHJ, C31, doc 21).

En términos de la prestación de servicios se adaptaron los sistemas en función de coeficientes de hora-enfermera por paciente, de acuerdo con el servicio en el que se encontraba este último, y se establecieron perfiles de conocimientos mínimos para la contratación de personal.

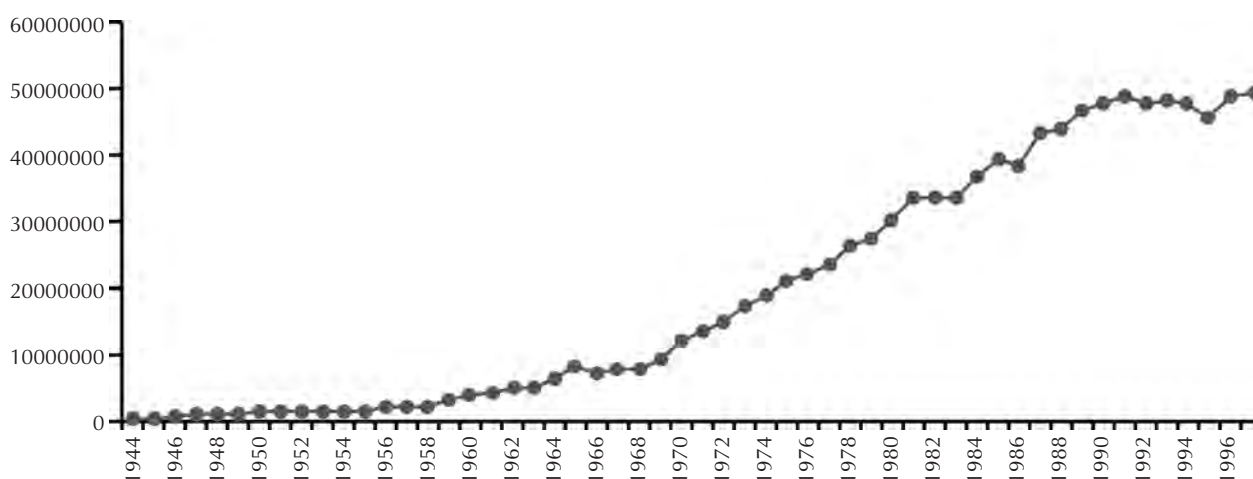
Se triplica el número de médicos

De manera más o menos simultánea, los programas de enseñanza de todas las instituciones de salud del país estaban viéndose sometidas a intensas presiones a causa de un fenómeno de población de muy diferente índole: el incremento importante en la cantidad de médicos que egresaban de las universidades del país.

Este aumento obedecía, por lo menos en parte, a una necesidad real: hasta la década de los años sesenta, la provisión de médicos había sido escasa y —tal vez más grave— mal distribuida. El Departamento de Enseñanza del Hospital Juárez, en un documento de 1972 (AEHJ, C23,D15), hace la siguiente evaluación:

“En 1970 el país contaba con un médico por cada 1 mil 650 habitantes, siendo la cifra aceptable uno por cada mil habitantes. En el Distrito Federal se encuentran 35 por ciento de los médicos del país, que equivale aproximadamente a uno por cada 500 habitantes.”

Total de población derechohabiente de las Instituciones de Seguridad Social, 1944-1977



Fuente: INEGI, Estadísticas Históricas de México

La situación en el propio Hospital era bastante apropiada. El mismo informe señala:

“El Hospital cuenta con 30 médicos internos; 24 residentes de primer año, 20 de segundo año y 10 de tercer año (descontando, por estar comisionados, un R1 y un R3). Este personal atiende un total aproximado de 500 camas censables, servicios auxiliares de diagnóstico (Patología, Radiología y Laboratorio), servicio de Anestesiología, Consulta Externa (dos turnos), Cuarto de Guardia, Cuarto de Recuperación post operatoria, Terapia Intensiva y auxiliar en la enseñanza universitaria. Se podía recapitular que “Cada médico interno atiende a 16.66 camas de hospital, siendo el ideal de uno por 15 camas”.

La situación en el resto del país era bastante deficiente, con grandes zonas en las cuales la densidad de médicos era de menos de uno por cada 5 mil habitantes; sin embargo, en ese mismo 1970 al que hace alusión la evaluación citada, ya estaba en marcha un proceso de apertura de las universidades nacionales a cantidades cada vez mayores de estudiantes. En ninguna carrera fue más evidente este proceso que en Medicina. Y las consecuencias fueron problemáticas. El 6 de abril de 1976 se realizó una reunión en la Facultad de Medicina de la UNAM, convocada por el director de la misma, doctor José Laguna García, y su secretario académico, doctor Trifón de la Sierra, entre las autoridades universitarias y los jefes de enseñanza de distintos hospitales en los que se impartían cursos. Por el Hospital Juárez participó el doctor Gilberto Lozano Saldívar, quien como se ha señalado era su jefe de Enseñanza.

Allí se informó sobre los resultados preliminares de una encuesta sobre el número de alumnos de las escuelas de Medicina del país. Estos resultados revelaban que la población estudiantil era de 70 mil alumnos, además de 20 mil inscripciones a primer año. Un poco menos del triple de la totalidad de los médicos del país.

Esta enorme población estudiantil generaba problemas múltiples, entre los cuales la disminución en la calidad de la enseñanza era uno de los principales.

La presión sobre los internados rotatorios y las residencias era irresoluble, llegando a plantearse la posibilidad

—tal vez un poco exagerada, pero que reflejaba una realidad inquietante— de que egresarían médicos de las escuelas sin haber visto un solo enfermo (Acta de la reunión, AEHJ, C23, D19).

La solución que las autoridades académicas y de servicios de salud dieron a este problema involucró múltiples medidas, cuya aplicación no siempre fue tersa y sin incidentes; sin embargo, el 3 de julio de 1979, la Facultad de Medicina pudo informar:

“...El crecimiento desorbitado que sufrió la Facultad hasta 1973 ha sido progresivamente frenado, lo cual ha permitido, como veremos adelante, trabajar con grupos pequeños que permiten al estudiante un contacto efectivo con los pacientes, gracias al acuerdo de la Dirección de no disminuir el número



Facultad de Medicina de la UNAM

de grupos de forma brusca sino más bien lograr un incremento vertical de las posibilidades de enseñanza-aprendizaje, al aligerar la carga docente del cuerpo de profesores que lo atienden”.

En el Hospital Juárez se cumplió con el programa de aprendizaje de los alumnos de la Facultad de Medicina, correspondiente a 1973, con 100 grupos distribuidos en 13 cátedras, a las que asistieron 2 mil 022 alumnos. Esta evolución acelerada de la enseñanza, que tenía como objetivo más evidente responder a una crisis cuantitativa, tuvo manifestaciones también en lo cualitativo, con un cambio en el enfoque del fenómeno enseñanza-aprendizaje.

Un observador del proceso lo expresó como “...un alejamiento del huro procedimiento verbalista y del imperio del magíster dixit, para ser a la vez teoría y práctica, acicate polémico y búsqueda de la verdad en auténticos seminarios, siembra de conocimientos y avances científicos”.

Para agravar la situación, las escuelas de medicina comenzaron a proliferar en estos años y todas ellas tuvieron necesidad de campos clínicos. Otras más, como fue el caso de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, a pesar de participar en la formación de médicos desde varias décadas atrás, formalizaron convenios en el mismo sentido, siendo ejemplo de ello el que los internos rotatorios

de pregrado de dicha escuela acudieran al Hospital Juárez a partir de enero de 1976 (Convenio entre la SSA y el IPN, AEHJ, C 35, doc 39).

Mantener el sentido humano en un mundo tecnológico

Con sede en la Unidad de Patología, que compartía su edificio con el de Cirugía experimental, desde 1974 se llevó a cabo la instalación de diversos equipos y con ellos la ampliación de miras en cuanto a los trabajos de investigación que sería posible realizar y sus posibles aplicaciones prácticas. La entusiasta e inteligente labor del doctor Raúl Contreras Rodríguez, jefe de la Unidad, fue sustancial para los logros obtenidos. Uno de ellos fue la instalación de un equipo ultramoderno de cirugía cardiovascular que permitió a los doctores Contreras y Maldonado implementar el método diseñado por Lillehei para provocar endocarditis bacterianas experimentales, en un intento para demostrar la relación entre la cicatrización de las lesiones y la estenosis aórtica calcificada. Otro trabajo acerca de la “Determinación de la capacidad de las cavidades cardíacas”, concursó y fue seleccionado para su presentación formal en la XXI Asamblea Nacional de Cirujanos (AEHJ, C32, doc 2).

Otro logro importante fue la instalación de un microscopio para microcirugía cerebral, que fue puesto en servicio y encomendado a Sergio Gómez Llata.



Estudiantes de la Facultad de Medicina

En el Hospital, mientras tanto, se generaban avances de otra índole: en la segunda mitad de 1975 se realizó el Curso de Anatomía Patológica, a nivel especialización, que mereció el reconocimiento de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM, otorgado por primera vez a un hospital mexicano.

También se compartió, en 1976, el orgullo por el premio otorgado al doctor Raúl Contreras Rodríguez, jefe de la Unidad de Anatomía Patológica, por el X Congreso Latino-Americano de Ortopedia y Traumatología, por su trabajo titulado “Nuevas investigaciones en la producción experimental de enfermedad articular degenerativa por medios no mecánicos”.

El 31 de agosto de 1976 se produce la primera devaluación del peso mexicano en 22 años. En pocas semanas de fluctuaciones impredecibles, la paridad peso/dólar pasa de \$12.50 a más de \$20. Los artículos importados sufren un encarecimiento mucho mayor del que hubiera justificado el cambio de valor de la divisa norteamericana, y los mexicanos —en el marco de la euforia económica producida unos pocos años antes por el hallazgo de nuevos yacimientos petrolíferos— inician un periodo de inseguridad económica, con variaciones bruscas de inflación y de paridad, amén de amenazas continuas de huelgas por parte de los sindicatos. Los hospitales, dependientes de artículos de importación para muchos de sus procedimientos, se ven obligados a limitar algunos de sus servicios.

Esto no obstó, empero, para que el Hospital Juárez continuara en su senda de búsqueda del desarrollo en investigación. Es durante estos arduos años que se ubican los esfuerzos del doctor César Vargas Martínez, quien se había desempeñado durante largo tiempo como Jefe del Servicio de Cardiología y recibió después el cargo y la responsabilidad de encabezar el Departamento de Investigación del Hospital.

Una preocupación constante ha sido la de desarrollar la capacidad metodológica en la investigación, sea esta básica, epidemiológica o clínica, en los médicos que laboran en las instituciones oficiales de atención de la salud. En respuesta a ello han sido implementados diversos cursos. Lugar destacado entre ellos fueron los impartidos por los doctores Luis Cañedo e Ignacio

Méndez y promovidos por CONACYT. Como sucedió también en otras instituciones, en el caso del Hospital Juárez, César Vargas promovió que fueran impartidos a sus médicos de manera específica, lo cual tuvo lugar en marzo de 1979, con el consabido beneficio.

Los festejos del CXXV Aniversario del Hospital

El 23 de agosto de 1972 se llevó a cabo la ceremonia conmemorativa del CXXV Aniversario del Hospital, presidida por el doctor Jorge Jiménez Cantú, secretario de Salubridad y Asistencia y se aprovechó la oportunidad para destacar, otorgándoles una medalla recordatorio de la ocasión, el trabajo a lo largo de medio siglo de tres miembros de la comunidad académica del Hospital Juárez: Gustavo Baz, Carlos Aguirre y Vicente Manero, todos presentes en la institución en los años 30. En la misma ceremonia fueron develados los retratos de José Castro Villagrana, José Torres Torija, José Aguilar Álvarez y Miguel Lavalle Martínez, ex directores ya fallecidos, así como el de sor Micaela Ayans, los primeros en la galería de directores y este último en el Departamento de Enfermería (Vargas, p. 117).

Las versiones de la Asamblea Nacional de Cirujanos correspondientes a estos años continuaron cumpliendo con su objetivo de proporcionar un foro nacional y de la más alta calidad para que fueran presentados los trabajos resultantes de las investigaciones de los cirujanos mexicanos. La XX Asamblea fue testigo del regreso de estos eventos a su casa original, el auditorio del antiguo claustro de San Pablo. Su presidente fue Luis Baz Erostarbe, quien para entonces, 1972, tenía en su haber treinta y cinco años de servicios en el Hospital, ya que había estado allí como practicante en 1934 e ingresado como médico interno en 1936 (Barragán, p. 47). Para la siguiente asamblea, la XXI, que tuvo verificativo del 10 al 16 de noviembre de 1974, su presidente, el doctor Jesús Aguilar Rodríguez, tuvo especial cuidado en recobrar, al lado de las autoridades de las principales instituciones médicas mexicanas, la presencia de destacadas personalidades internacionales. Baste mencionar a Walton Lillehei, de la Universidad de Minnesota, Estados Unidos, cuyas técnicas experimentales tenían ya fuerte arraigo en el Hospital Juárez, a VR Bignali, del *National Heart and Chest Hospital* de Londres y a Rafael Oriel del *Hospital*



Dr. Walton Lillehei

*Texoxotla ticitl*

Dr. Ranulfo Ríos Vargas

Broussais de París. Como ya era costumbre se celebraron de manera simultánea otras reuniones científicas: el XI Congreso Nacional de Hematología y el V Congreso Nacional de Medicina del Deporte; se hicieron notar los primeros frutos de las acciones emanadas del Hospital y dirigidas a la profesionalización de la enfermería, al llevarse a cabo la I Asamblea Nacional de Enfermeras. Asimismo, se puso atención a la realización de cursos de actualización paralelos a la Asamblea, destacando los de Inmunoalergia a cargo de José Luis Cortés, de Medicina Interna a cargo de David Contreras, de Cirugía de Vesícula y Vías Biliares, con Antonio Domínguez como titular, de Angiología y Cirugía Vascular, con Samuel Gutiérrez Vogel al frente, de Pediatría médico quirúrgica y social a cargo de Jesús Lozoya Solís, de Emergencias en Cirugía con Mario García Ramos y de Cirugía de Tiroides, a cargo de Roberto Pérez García, quien sería secretario general de la siguiente Asamblea, la XXII y posteriormente presidiría la XXVI, historiando más tarde en un bien documentado y completo libro la secuencia de las asambleas.

Producto colateral de la XXI Asamblea fue la publicación del libro de Samuel Gutiérrez Vogel que, bajo el título de *Texoxotla ticitl*, que rememora el vocablo empleado por los mexicas para designar al cirujano, presenta un breve y acucioso recorrido por la evolución histórica de la cirugía mexicana (Gutiérrez Vogel, 1974).

Las siguientes asambleas, todas ellas realizadas en el Hospital Juárez, tuvieron como presidentes a Ranulfo Ríos Vargas, la XXII, a Antonio Domínguez Barranco la XXIII, a Gilberto Lozano Saldívar la XXIV y a Juan López Cueto la XXV. En 1976 Ríos Vargas promovió el establecimiento de la categoría de "Maestros Eméritos del Hospital Juárez", mediante una serie de homenajes a quienes fueron galardonados con dicho título: José Castro Villagrana, José Torres Torija, Felipe Aceves Zubieta, José Aguilar Álvarez, José Rojo de la Vega y Carlos Dublán, todos ya fallecidos (Barragán, pp. 56-97).

En 1981, a la muerte de Jacinto Arturo Sánchez, es nombrado director del Hospital Juárez el doctor Jesús Aguilar Rodríguez, quien asume su puesto en medio de una gran efervescencia intelectual provocada por la discusión de una serie de temas que habían sido

introducidos de manera más o menos discreta en años anteriores, como la iatrogenia quirúrgica y el papel de la tecnología en la medicina.

Este periodo coincide con el desarrollo de la investigación clínica y la cirugía experimental en el nosocomio. Para 1981 ya se realizaban un promedio de dos cirugías experimentales diarias y, al poco tiempo, se llevaron a cabo cursos de microcirugía.

Al mismo tiempo, despertó mucha atención la realización —de manera conjunta con la XXV Asamblea Nacional de Cirujanos, en marzo de 1983— de la I Asamblea de Administración de Atención Médica y de Hospitales, en la que se empezaron a introducir muchos temas que, en la actualidad, son de rutina en el manejo de grandes nosocomios.

En el contexto de la reforma administrativa de 1982, que modificó de manera importante la organización interna de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Hospital Juárez quedó descrito como de Tercer Nivel, con todas sus especialidades.

Poco tiempo después, en septiembre de 1983, una carta del jefe de la Guardia “C”, doctor Javier Zamora Reséndiz al director del Hospital, doctor Jesús Aguilar Rodríguez, parecía señalar un regreso a los días aciagos de las carencias de materiales, incluyendo los más elementales. Dice la carta:

“Por medio de la presente notifico a usted que a partir de las 17:00 horas del día 25 de los corrientes (septiembre) nos vimos en la forzosa necesidad de cerrar el Hospital, siguiendo sus indicaciones telefónicas, ya que no contamos con material que incluía gasas, compresas, ropa estéril preparada y punzocats para efectuar los diversos actos quirúrgicos”.

Afortunadamente, y a diferencia de lo que ocurría durante los tiempos heroicos, el surtimiento de materiales se repuso de inmediato, y el “cierre” del Hospital no llegó a las 24 horas. Los sismos de septiembre de 1985 significaron el fin de un periodo en el Hospital Juárez de México, tal como se le conocía hasta entonces. El derrumbe de la nueva torre costó un número de vidas que nunca pudo establecerse con precisión (alrededor de 50), además de la suspensión de todos los servicios del Hospital.



Dr. José Castro Villagrana



Sismo de 1985



Hospital Juárez, sismo de 1985

El siniestro tan temido por las autoridades de salud de los años cincuenta (véase el capítulo 5) se había producido, y la capacidad de la infraestructura hospitalaria no solamente fue insuficiente para enfrentarlo sino que fue, además, dañada en otros muchos sitios por el mismo siniestro, ya que hubo también derrumbes trágicos en el Hospital General y en el Centro Médico Nacional.

El impacto de los sismos sobre el Hospital Juárez fue tremendo. Pero vale más la pena analizar la reacción ante el desastre, ya que sirve para mostrar la respuesta de una comunidad de trabajadores de la salud —que a su vez simboliza la de toda una ciudad— ante una adversidad mayor. El Juárez no solamente renació para seguir cumpliendo con sus compromisos para con la población abierta, sino que renació fortalecido, modernizado y con servicios ampliados y enriquecidos.

El terremoto de 1985 y sus secuelas

Sandra Martínez Ortiz

El día 18 de septiembre de 1985, el doctor Gilberto Lozano Saldívar, jefe del Departamento de Enseñanza, citó a Gabriel Rivera Vieyra, jefe de la División de Medicina Interna, a Raúl Contreras Rodríguez, jefe de la Unidad de Anatomía Patológica, y a Manuel del Portillo, subdirector médico, para analizar los

casos que serían presentados en la sesión anatomoclínica del siguiente día.

De acuerdo con las invitaciones giradas por el doctor Daniel Cruz Gómez, secretario del Departamento de Enseñanza, el moderador del caso que se presentaría en la sesión anatomoclínica del 19 de septiembre



Torre del Hospital Juárez de México

sería Gabriel Rivera Vieyra, jefe de la División de Medicina Interna; el comentarista sería el doctor Flavio López Miro, adscrito al servicio de Medicina Interna; mientras que la doctora Leonor Gutiérrez Mancilla, R III, del servicio de Medicina Interna, sería la encargada de realizar el resumen clínico.

Los responsables del Departamento de Enseñanza tenían especial interés en reanudar las sesiones anatomoclínicas ya que, de acuerdo con el doctor Lozano, se habían suspendido seis sesiones porque el jefe del Departamento de Anatomía Patológica, Pedro Fernández Vargas, aducía que no había caso que presentar.

Las sesiones, calendarizadas los jueves de cada semana, formaban parte del programa de docencia



Derrumbe de la nueva torre del Hospital Juárez

desarrollado en conjunto por los Departamentos de Patología y Enseñanza. Con el análisis de los exámenes de laboratorio, radiológicos, quirúrgicos y clínicos, se dilucidaban los aspectos patológicos que habían causado la muerte del paciente. Dada su repercusión en el adiestramiento del criterio tocante al diagnóstico, pronóstico y terapéutico, se tenían como obligatorias para los médicos internos y residentes del hospital.

Esa última sesión anatomoclínica programada en el Hospital Juárez del centro, nunca se realizó, porque el 19 de septiembre a las 7:19 a.m. todo cambió. Un sismo de 8.1 grados en la escala de Richter provocó el desplome de la torre de hospitalización que contaba con 12 pisos y que alojaba 568 camas censables y 143 no censables; además de 12 quirófanos, ocho equipos de rayos X y tres salas de expulsión. En el siniestro quedaron atrapadas aproximadamente 950 personas, entre pacientes y personal de la institución. El panorama era tan desolador que el director en funciones, Jesús Aguilar Rodríguez, declaraba a la prensa que la cirugía se había acabado en el Juárez, pues para sustituir lo perdido se necesitarían alrededor de 15 mil millones de pesos.¹

En el terremoto perdieron la vida un total de 35 médicos de reconocido prestigio, entre quienes se encontraban José Ángel de la Fuente García, anestesiólogo; Jorge Monroy López y Salvador Morán Gutiérrez, urólogos; Roosevelt Potenciano Gutiérrez, pediatra; Jesús Varela Rico, jefe de la División de Cirugía; Gilberto Lozano Saldívar, jefe del Departamento de Enseñanza, además de varios residentes, enfermeras y trabajadores del hospital.

Durante tres años el departamento de Enseñanza conservó la papelería rotulada con el nombre del doctor Lozano como jefe de esa área, únicamente añadidas las siglas QEPD. Se trataba de un sencillo homenaje al personaje que durante casi 15 años había formado a generaciones de médicos, además de consolidar los lazos de unión entre el Hospital y diversas instituciones académicas nacionales e internacionales donde los practicantes completaron su formación.

¹ Síntesis de prensa nacional del 20 de septiembre al 24 de octubre de 1985. Hospital Juárez. 41 p.

Los nombres de las víctimas fueron honrados en una placa conmemorativa, para cuya adquisición los médicos de la institución y el Comité de Damas Voluntarias del Hospital Juárez participaron con donativos.

1. La reconstrucción

Junto con el Juárez diversas instituciones prestadoras de servicios de salud quedaron total o parcialmente dañadas, entre ellas el Hospital General, el Centro Médico Nacional, además de los hospitales Homeopático, “Manuel Gea González”, de la Mujer, “Juan N. Navarro” y el “Fray Bernardino Álvarez”. Asimismo, se afectaron los institutos nacionales de Virología, Enfermedades Tropicales, Neurología, Cancerología, Pediatría y Nutrición.

Al minarse la infraestructura hospitalaria se debieron tomar medidas emergentes que permitieran rehacer la capacidad de atención a la población abierta. De manera que el 9 de octubre de 1985, el presidente de la República instaló la Comisión Nacional de Reconstrucción en cuyo ámbito quedó establecida la Coordinación Técnica de Reconstrucción de la Infraestructura de Salud en la zona metropolitana de la ciudad de México, como unidad administrativa temporal de la Secretaría de Salud. La Comisión integró el Programa de Reconstrucción de la Infraestructura Hospitalaria de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México,² que proyectaba la construcción de cuatro unidades de 144 camas en el Distrito Federal que deberían instalarse fuera de la zona céntrica y cinco más en la zona metropolitana.

Como parte del programa de reconstrucción, de inmediato se emprendió el proyecto denominado Hospital Juárez de 400 camas, cuya nueva ubicación se empezó a discutir. La intención era recuperar la pérdida definitiva de las más de 500 camas en el Hospital Juárez, con la creación de un hospital de tercer nivel a través del cual se otorgarían servicios de alta especialidad. El norte de la ciudad se delineó como la mejor opción dado que se equilibraría la distribución de la capacidad hospitalaria de alta especialización concentrada en buena parte en el sur de la ciudad.



Remoción de escombros de la torre hospitalaria

² Secretaría de Salud, Oficialía Mayor, *Programa de Reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, México, 1998.*

Amplios sectores del personal de las instituciones de salud afectadas por el sismo rechazaron el Programa de Reconstrucción al argumentar que no tenía sentido anular instalaciones de unidades que sólo tenían daños parciales, como fue el caso del Hospital General, pues podrían reiniciar actividades en un lapso de tiempo más corto que el requerido para la creación de nuevas instalaciones. Por su parte, los trabajadores del Juárez elevaban cada vez más voces de protesta a causa del estado anterior de la torre de hospitalización, que se había visto seriamente afectada tras el temblor de 1980 y la creciente sospecha del uso de materiales de baja calidad en su construcción.

El temor a la dispersión de los trabajadores en distintas unidades y a la impunidad en que podría quedar el grave suceso de 1985, puso en alerta al personal del Hospital, que se encargó de programar movilizaciones con el fin de impedir el cierre de su lugar de trabajo. La demanda era, que una vez retirados los escombros, comenzaran a funcionar las 120 camas de consulta externa y los tres quirófanos de la Unidad de Investigación y Enseñanza, que prácticamente no había sufrido daños, con el propósito de lograr el reacondicionamiento del nosocomio.³



Manifestantes pidiendo no al cierre del Hospital Juárez

En este marco y como parte del Programa Sectorial de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud, se llevó a cabo la adaptación y equipamiento de cuatro sedes para alojar los servicios hospitalarios.

La Unidad Juárez I se ubicó en el Centro “Maximino Ávila Camacho”, y bajo la dirección de Roberto Pérez García se ofrecieron los servicios de neumología, cardiología, psiquiatría, gastroenterología y cirugía general, entre otros, y la Unidad Hospital Juárez II, ubicada en la Clínica “Beatriz Velasco de Alemán”, se puso bajo la dirección de Salvador López Antuñano. En ella se otorgaba atención relacionada con ortopedia, cirugía reconstructiva, general y pediátrica de ortopedia, además de medicina interna, laboratorio clínico y rayos X.

Las dos primeras sedes fueron alistadas en diciembre de 1985, mientras que las dos siguientes entraron en funcionamiento en enero y marzo de 1986.

La Unidad Juárez III tuvo su sede en el antiguo Instituto Nacional de Cancerología. Con Pablo Miranda Fraga al frente, se concentraron los servicios de urología, pediatría, neonatología, oncología y endocrinología, entre otros.

Por último, la Unidad Juárez IV, dispuesta en el Instituto Nacional de Rehabilitación y bajo la dirección de José Manuel Velasco Siles, otorgó atención en las áreas de neurología y neurocirugía, electroencefalografía, cirugía experimental y rayos X.

Sin embargo, el hospital y sus trabajadores nunca consideraron el cierre definitivo de su sede principal. De hecho, en San Pablo se inició una progresiva recuperación de espacios. En noviembre de 1985, por ejemplo, se reiniciaron labores en la Unidad de Consulta Externa. Un mes después estaban en posibilidad de trabajar el Laboratorio Central y la Unidad de Patología. En enero del siguiente año reanudó labores el Centro de Enseñanza e Investigación. Sin embargo, no fue sino hasta octubre de 1986 que se restablecieron las operaciones de la Casa de Máquinas y los servicios generales de diagnóstico; mientras que en

³ Síntesis de prensa nacional del 20 de septiembre al 24 de octubre de 1985. Hospital Juárez. 41 p.

diciembre se concluyeron los trabajos en el claustro y la capilla.

Los trabajos de rehabilitación debieron avanzar más rápidamente porque el 15 de diciembre de 1986, fueron reintegradas al Estado Mayor Presidencial las Instalaciones del Centro Hospitalario “Maximino Ávila Camacho”. En consecuencia, la denominación de Juárez I desapareció, quedando únicamente las unidades II, III, IV y la sede principal donde se reiniciaron los servicios en consulta externa, en la Unidad de Patología y en el Laboratorio Central.⁴

Además de los servicios hospitalarios, otras áreas empezaron a rehacerse. En junio de 1986, el director del Juárez, Jesús Aguilar Rodríguez, hizo oficial ante Romeo González Constandse, jefe de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, los nombramientos de Mariano Gómez Vidal y Daniel Cruz Gómez, como Jefe y Subjefe, respectivamente, del Departamento de Enseñanza.

La división del Hospital, etapa conocida por los trabajadores como de los cuatro Juaritos, significó la reubicación de 1 mil 787 trabajadores para lo cual se creó una comisión destinada a la consulta individual. De igual manera se debieron librar dificultades operativas que no tardaron en afectar a los estudiantes que dedicadamente se distribuyeron en las cuatro sedes del hospital.

En enero de 1986, los “residentes sobrevivientes” del Hospital Juárez solicitaron el pago de una ayuda de renta de 10 mil pesos hasta que se rehabilitara un edificio como residencia dado que habían sido desalojados del mismo. Además, urgieron el pago de una ayuda de alimentación de dos mil pesos diarios, así como el pago de gastos de traslado para los residentes que se reubicaron en plazas de provincia.⁵

Las peticiones coincidieron con un movimiento de médicos residentes, ocurrido en mayo de ese mismo año, que pretendía mejorar sus percepciones dado el

índice inflacionario que se padecía. Sin embargo, debido a que los residentes del Juárez estaban concentrados en estabilizar su situación dejaron de participar activamente; aunque se manifestaron solidarios con las demandas de sus pares.⁶

No obstante, los aspectos positivos de esa etapa en la vida del hospital fueron resaltados por el director de la institución, Jesús Aguilar Rodríguez, para quien esas cuatro unidades, lejos de representar la dispersión de esfuerzos, ofrecieron la oportunidad de “obtener un espléndido adiestramiento [...] debido al gran flujo de pacientes [...] lo que determina un intenso trabajo clínico y terapéutico, que [...] constituye [...] una ocasión sin precedente para el perfeccionamiento técnico de nuestros jóvenes médicos”.⁷



Dr. Jesús Aguilar Rodríguez

⁴ Secretaría de Salud, Oficialía Mayor, Programa de Reconstrucción y reordenamiento, p. 18.

⁵ Oficio de Ulises de Jesús Rodríguez Wong, Jefe de Médicos Residentes; y de Enrique Caro Osorio, Jefe de Guardia; a Marco Antonio del Toro Muñoz, Director de la Unidad de Apoyo a Recursos Humanos en Formación. 9 de enero de 1986. Carpeta 156. Los documentos con referencia en carpeta fueron consultados en un almacén de la Dirección de Enseñanza del Hospital Juárez de México. Se trata de un fondo documental que data de 1970 y que en buena parte refiere el trabajo del doctor Lozano Saldívar como Jefe del Departamento de Enseñanza del Hospital Juárez. Fue uno de los pocos conjuntos de documentos rescatados luego del terremoto de 1985, por lo que actualmente constituye patrimonio documental para el Hospital Juárez de México y para el recién bautizado Hospital Juárez Centro Bicentenario. En adelante sólo se hará referencia la carpeta.

⁶ Oficio de la Jefatura de Médicos Residentes del Hospital Juárez al Comité de Médicos Residentes de diversos hospitales del área metropolitana y provincia, 19 de mayo de 1986. Carpeta 156.

⁷ Oficio de Jesús Aguilar Rodríguez, a José Manuel Álvarez Manzanilla, Director General de Enseñanza en Salud. 26 de marzo de 1986. Carpeta 156.

El informe de 1987 de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, reconocía la dificultad para integrar grupos disciplinarios en algunas de las clínicas impartidas; aunque aclaraba que gracias a la buena disposición del cuerpo médico docente no se había dejado a un lado la enseñanza en el nosocomio. Ese año se atendió a un total de 456 alumnos de pregrado, organizados en 34 grupos, quienes elevaron una protesta por las condiciones en que se encontraban en el Hospital. Entre sus peticiones se encontraba el mejoramiento de los niveles de adiestramiento médico, un aumento de 100 por ciento en los montos por conceptos de beca y ayuda didáctica, el pago de las quincenas atrasadas, un lugar de descanso y la reorganización de la rotación de los grupos hospitalarios dentro de la misma institución, pues se veían obligados a realizar rotaciones externas.⁸

Respecto al posgrado se contaba con un total de 145 residentes, distribuidos en 14 especialidades, 11 de las cuales tenían reconocimiento (anatomía patológica, anestesiología, cirugía general, gastroenterología, medicina interna, neurocirugía, pediatría médica, radio-



Sala para exámenes

diagnóstico, traumatología y ortopedia, urología, así como ginecología y obstetricia). Las tres especialidades no reconocidas eran cirugía bucodentomaxilar, gastroenterología y endoscopía. En 1987 se impartieron 26 cursos de actualización, 14 de medicina, seis de enfermería, seis de psicología, además del simposio “Nuevas etapas asistenciales en el antiguo hospital Juárez Central”, en el que se abordó la importancia de la cirugía de corta estancia. El simposio, completado con un taller, formaba parte de un nuevo proyecto denominado Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), que llegaba a innovar los servicios todavía en reconstrucción del Hospital.⁹

2. Sistema Juárez y cirugía de corta estancia

A tres años del funcionamiento de los cuatro Juárez, el 21 de octubre de 1987, se instituyó el denominado Sistema Juárez, cuyo primer responsable fue el doctor Manuel Velasco Suárez. Ese año, según relató el propio Velasco al tomar posesión, festejaba personalmente 50 años de haber llegado como practicante al Hospital cuyo signo quirúrgico lo había entusiasmado,¹⁰ y tuvo la oportunidad de retribuir a la institución que lo formó con la fundación de la primera Unidad de Neurología y Neurocirugía Integral de México, inaugurada por el decano de la neurocirugía mundial, Norman Dott.

Un paso más en la redifinición institucional del Hospital se configuró el 24 de junio de 1988 al publicarse el decreto por el que se creaba un órgano administrativo desconcentrado que recibió el nombre de Hospital Juárez de México. Para empezar a funcionar como tal se deberían identificar los recursos presupuestales cuyo ejercicio serían su responsabilidad. Además se debería delimitar el presupuesto de las unidades habilitadas, denominadas Hospital Juárez II, III y IV; así como del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) cuyo inicio de operaciones se encontraba cercano.¹¹

⁸ Oficio de la Asamblea General de Médicos Internos del Hospital Juárez roles III, IV y V de generación completa y roles II y III de generación completa al doctor Mariano Gómez Vidal, Jefe de Enseñanza del Hospital Juárez. 22 de septiembre de 1987. Carpeta 166.

⁹ Secretaría de Salud, Hospital Juárez. *Informe anual de actividades*. Vol. II. Anexo 9.

¹⁰ Secretaría de Salud, Hospital Juárez de México, *Informe del Director General. Volumen I. Reorganización hospitalaria, anexos*. México, octubre, 1987-septiembre 1988. Anexo 1.

¹¹ Circular de Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud, del 18 de febrero de 1988. *Informe del Director General. Volumen 1...* Anexo 4.

El 19 de mayo de 1988 el secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo, firmó el acta de inauguración de la remodelación y equipamiento del CAAPS. Se trataba, de acuerdo con el acta, de una moderna etapa para la atención de enfermos con los recursos hospitalarios de actividades diurnas, contando con el apoyo de una central de urgencias integrada a la consulta externa.¹² El CAAPS implicaba tres áreas innovadoras. La primera abarcaba urgencias, atención de parto eutócico y cirugía ambulatoria; la segunda comprendía la enseñanza de pre y posgrado, mientras que la tercera la investigación clínica epidemiológica y de sistema de salud. Para albergar este avanzado sistema se realizaron trabajos de habilitación de lo que fuera el edificio de Investigación y Enseñanza, con el fin de adaptar las instalaciones para los servicios de hospitalización y cirugía de corta estancia, cuya eficacia permitiría reducir costos al admitir únicamente hospitalización de seis, ocho y 12 horas.

Los médicos de las diversas especialidades del Hospital concordaban con la idea de aprovechar las instalaciones existentes en el Juárez del centro y completar la remodelación para el servicio CAAPS, denominación que consideraban poco afortunada dada la importancia que tendría, pues en un futuro podría ampliarse para la atención de 2º nivel al poner en funciones cuatro quirófanos y aumentar el número de camas censables de 20 con que iniciaría a 28 y seis más de recuperación posoperatoria.

En el Juárez central quedarían abiertos los servicios ambulatorios, consulta externa, rayos X, la Unidad de Patología y contaría con un Departamento de Enseñanza que cubriría compromisos con estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Sobre los aspectos referentes al personal, el doctor Velasco Suárez aseguraba que se encontraría una solución considerando la presencia de personal calificado en todas las áreas y que seguramente habría personal de intendencia y administrativo cuya preferencia se inclinaría por continuar sus labores en el Hospital Central; por



Dr. Manuel Velasco Suárez



Dr. Guillermo Soberón Acevedo y Dr. Manuel Velasco Suárez

¹² Informe del Director General. Volumen 1... Anexo 3.

ello, se encargó al doctor Rodolfo Pimentel la evaluación del personal requerido para operar el CAAPS en todas sus etapas, aunque por el momento las obras se encontraban suspendidas, pues se tenía un adeudo con la compañía constructora de 35 millones de pesos.¹³



Construcción del nuevo hospital



Construcción del estacionamiento

3. Hospital Juárez de México de 400 camas

El año de 1989 fue recibido en el Hospital Juárez con dos nuevas empresas. La puesta en marcha del CAAPS y la conclusión de la obra del Hospital Juárez de México. Tres años antes, al arrancar el Programa Sectorial de Reconstrucción, se delinearon proyectos para recuperar y ordenar la capacidad de atención hospitalaria de tercer nivel en la ciudad de México. Entre esos proyectos se insertó la construcción de un nuevo Hospital Juárez de 400 camas.¹⁴ Con ese propósito se integró una comisión donde estaba representada la Subsecretaría de Servicios de Salud, la Sociedad de Cirugía y los jefes de servicio del Hospital Juárez; además de representantes de la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo.

El nuevo hospital atendería aproximadamente a 3 millones 500 mil habitantes y debería incluir la integración a un verdadero sistema de atención médica en el área metropolitana. Entre los objetivos que se planeaba la nueva institución estaban proporcionar atención médica preventiva acorde con las problemáticas epidemiológicas de la región en general y de la unidad hospitalaria en particular; brindar atención médica, curativa y rehabilitación de alta especialidad a la población, a través de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización; participar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud y desarrollar programas de investigación básica, clínica y socimédica con el fin de contribuir al avance técnico-científico para mejorar la calidad de la atención y ayudar a resolver los problemas de salud de la población.¹⁵

La construcción del nuevo Hospital estuvo financiada en buena parte con las utilidades excedentes de la Lotería Nacional.¹⁶ El proyecto absorbía 62.5 por ciento de los recursos destinados al Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud de la Secretaría.¹⁷ Fueron necesarios esos fondos

¹³ Secretaría de Salud. Hospital Juárez. Informe de actividades del doctor Manuel Velasco Suárez. Anexos. Vol. 4. Anexo 17, 17 de febrero de 1988, pp. 1-3.

¹⁴ De 1986 a 1989 el proyecto recibió varios nombres: Hospital Juárez 400 camas, Hospital General Benito Juárez, o simplemente Hospital Juárez.

¹⁵ Hospital Juárez. *Anteproyecto de reconstrucción y remodelación*. Tercera versión, pp. 4 y 6.

¹⁶ Secretaría de Salud, Oficialía Mayor, *Programa de Reconstrucción y reordenamiento...*, p. 27

¹⁷ El 29 de enero de 1988, Jesús Rodríguez y Rodríguez comunicó a Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud, el consentimiento de la Junta Directiva de su institución para proporcionar recursos por un monto de 33 mil 800 millones de pesos. México, Secretaría de Salud, Servicios de Salud Pública en el D. F., *Hospital Juárez. Monografía sobre los 33.8 MMP*, 1988

porque la inauguración prevista para septiembre de 1988 tuvo que ser pospuesta por obras pendientes, dado que el equipamiento de la unidad tuvo un costo aproximado de 28 millones de pesos, equiparable al monto total de la planta hospitalaria.¹⁸

Los médicos de las distintas especialidades del Juárez, se encargaron de vigilar de forma cercana y constante el avance de las obras. Inspecciones semanales de los diferentes comités formados para el efecto se realizaban cada semana en compañía del doctor Velasco Suárez, con el fin de corroborar la adecuada distribución de las instalaciones para el óptimo ejercicio de las labores en cada especialidad y sugerir los cambios requeridos en las zonas que no cumplieran las estipulaciones necesarias. Con el fin de que los médicos tuvieran un mejor conocimiento del avance de la obra, el galeno dispuso que los planos de la nueva unidad, el Programa Médico-Arquitectónico, las sugerencias de reglamentos y los manuales de procedimiento se pusieran al alcance de todo aquel que quisiera consultarlos.

De manera simultánea se inició el arduo proceso de revisión curricular del personal de las distintas unidades del sistema Juárez, la presentación de los médicos dispersos en todo el sistema, pues en muchos casos ni siquiera se conocían y la etapa de entrevistas con el fin de que los galenos pudieran externar su preferencia en cuanto a su nuevo centro de trabajo. Asimismo, se lanzó la sugerencia de conformar talleres para motivar y sensibilizar al personal sobre el reto que implicaba la nueva institución, pues como aclaraba el doctor Velasco, no se trataba únicamente de un cambio de casa, ni de estrenar un hospital con personal nuevo, sino de un cambio de actitud que los llevara a dar la mejor respuesta posible al reto por venir y culminara con la creación de una institución médica modelo en su género.¹⁹

Fue otro 19 de septiembre el que marcó un nuevo capítulo en la historia del nosocomio. El Hospital

Juárez de México, inaugurado por el presidente de la República, Carlos Salinas de Gortari, abrió sus puertas “como una respuesta a la solidaridad del pueblo mexicano” tras el terremoto de 1985.²⁰ Construido en una superficie de 61 mil 500 metros cuadrados, con 400 camas censables, más 165 no censables, 16 de terapia intensiva de adultos y 14 de terapia pediátrica, que se proyectó como un centro para el diagnóstico de padecimientos clasificados en el tercer nivel de atención de la población abierta al norte de la ciudad.

Un año después, en el informe anual se destacaba cómo, en el nuevo Hospital, coincidían la tradición histórica del mismo, pilar de la cirugía mexicana, y la nueva mística con la modernidad de la instalación física y el rejuvenecimiento técnico del personal.²¹

El servicio de consulta externa, que contaba con 52 consultorios, entró en operación el 24 de octubre junto con el Laboratorio de Patología Clínica y el Servicio de Imagenología. Las áreas de hospitalización empezaron a funcionar el 16 de noviembre y tres días después se realizó la primera cirugía. Para entonces



Los médicos se encargaron de vigilar el avance de las obras del nuevo hospital

¹⁸ Hospital Benito Juárez de 400 camas. *Visita de trabajo al Hospital el día 16 de diciembre de 1987*, p. 3.

¹⁹ Secretaría de Salud. Hospital Juárez. *Informe de actividades del doctor Manuel Velasco Suárez*. Anexos. Vol. 4. Anexo 15, 18 de enero de 1988, pp. 1-4.

²⁰ Secretaría de Salud, Hospital Juárez, *Concentrado de productividad. 1989-1994*, México, 1994.

²¹ Secretaría de Salud, Hospital Juárez de México, *Informe anual, 1989-1990*, México, 1990.

el área médica se encontraba distribuida en las divisiones de cirugía, que contaba con los servicios de Anestesiología, Bucodentomaxilar, Cirugía General, Plástica, Cardiovascular, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología y Urología; la División de Medicina se encargaba de los servicios de Alergia, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Genética, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Preconsulta y Reumatología; la de Ginecoobstericia estaba integrada por Ginecología, Esterilidad e Infertilidad, Obstetricia Prenatal y de Alto Riesgo; así como Detección Oportuna del Cáncer; Pediatría tenía los servicios de Pediatría, Cirugía Pediátrica, Neonatología, Infectología y Medicina; por último, Ciencias Neurológicas contaba con Neurocirugía, Neurología, Psiquiatría, Psicología, Electrodiagnóstico, Cámara Silente y Clínica del Dolor.²²



Sala de recuperación quirúrgica

Al continuar con la misión de ser un hospital escuela, se revisaron los programas de las especialidades que ofrecía. Esta labor representaba la impartición de enseñanza a 38 grupos de pregrado.²³

En 1992 se habilitaron espacios para recibir a la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud con reconocimiento de la UNAM. En octubre de 1993 se construyó el Banco de Ojos, espacio que en menos de un año ya había realizado 50 trasplantes de córneas. En ese mismo año se integró la Unidad Interna de Protección Civil, cuya tarea era capacitar a sus integrantes en el manejo de situaciones de emergencia y desastres.

Cinco años después, en 1994, se tenían en operación 39 servicios y ocho unidades clínicas. El concentrado de productividad de 1989-1994 citaba como méritos científicos los siguientes: el desarrollo, desde 1992, de cirugía laparoscópica; la puesta en marcha los servicios de Oncología Médica y Quirúrgica (1993), Psicología Aplicada y Hospitalización; la puesta en función del Servicio de Hemodinamia en donde se realizan cateterismos cardíacos, angiografías, trombólisis y colocación de marcapasos; el gran desarrollo de las cirugías de corazón, de cerebro, oftalmología, otorrinolaringología y cirugía artroscópica".

La Unidad de Trasplantes se destacó como un área de gran importancia desde el inicio del proyecto que daría origen al nuevo establecimiento. Se argumentaba que la atención a pacientes con insuficiencia renal crónica brindaba amplios beneficios a una institución como el Juárez en las áreas asistencial, de docencia e investigación y dado su carácter dinámico, el trasplante de órganos de donadores vivos y cadáveres se contemplaba como la cirugía del futuro, por tanto necesaria en cualquier hospital de tercer nivel. La unidad de trasplantes también resultaba de gran necesidad, si se tomaba en cuenta que las previsiones de la

²² Oficio de Pablo Damián Adán, Jefe de Consulta Externa del Hospital Juárez a Aquiles Ayala Ruiz, Director de Investigación y Enseñanza del Hospital Juárez de México. 31 de mayo de 1990. Carpeta 188.

²³ Sin embargo, la situación de los estudiantes aún distaba de ser halagadora, por lo menos en los primeros meses tras la apertura de las nuevas instalaciones. Los residentes externaban su descontento pues la falta de personal como enfermeras especializadas como instrumentistas y camilleros, determinaba que las cirugías se retrasaran de forma regular. Asimismo, falta de equipo como ventiladores, monitores y electrocardiógrafos en cada piso obstaculizaban su labor, pues se requerían muchos trámites para obtener este equipo, situación que resultaba apremiante sobre todo en la atención de pacientes graves. Secciones como pediatría médica sufrían inconvenientes al no encontrarse abiertos algunos de sus servicios por falta de personal en el área de enfermería, situación que los llevó a pedir se les permitiera la rotación externa, con el fin de adquirir destrezas y conocimientos acordes con su nivel académico, dado que por el momento el Hospital no contaba con las instalaciones y medios apropiados para esas actividades. Oficio de los Médicos Residentes de segundo año a Armando Camon, Coordinador de Posgrado de Enseñanza del Hospital Juárez de México. Junio de 1990. Carpeta 187; Acta de reunión de Médicos Residentes. 25 de mayo de 1990. Caja 188.

Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojaban un cálculo de 16 mil nuevos pacientes con enfermedades renales por año para la población mexicana que hacia 1986 ascendía a 80 millones de habitantes.²⁴

El Hospital Juárez de México continuó en varios aspectos la historia del hospital decimonónico. Ahí se trasladó la sede de la Sociedad de Cirugía. En noviembre de 1989 se notificó que a partir del primero de diciembre la sede de los cursos universitarios de pre y posgrado se trasladaría de su antigua sede en la Plaza de San Pablo a las recién inauguradas instalaciones. En 1990 las antiguas sesiones anatomopatológicas se reanudaron en el nuevo Juárez y en ese año la Asamblea Nacional de Cirujanos, en su versión XXIV, tuvo en el Norte su nueva sede.

Sin embargo, una buena parte de trabajadores del antiguo Hospital San Pablo decidió continuar la historia del nosocomio en el centro de la ciudad. Dispuestos a no abandonar las antiguas instalaciones, solventaron la insuficiencia de enseres y de presupuesto e incluso conformaron en 2005 una Comisión en Defensa del Hospital Juárez que se opuso a los intentos de cierre, el más serio de ellos ocurrido en ese 2005 cuando se pretendía ceder a la Suprema Corte los terrenos del antiguo Hospital. En la confrontación de argumentos los trabajadores señalaron a las autoridades de salud por pretender ignorar a los casi 50 mil pacientes que acudían al año al viejo Hospital; mientras que del lado contrario se reprochaba el intento de hacer caer a las autoridades en un falso debate sobre la eficiencia de las instituciones del sector salud para defender intereses opositores. Lo cierto es que el apoyo vecinal conseguido por los trabajadores del nosocomio permitió que el sitio donde desde hace 163 años se otorga asistencia médica continúe su misión.

Años de resistencia rindieron frutos en el antiguo San Pablo. El 19 de septiembre de 2010, a 25 años del macrosismo y en el marco de los festejos del bicentenario

del inicio de la guerra de Independencia y del centenario de la Revolución Mexicana, se inauguró el Centro de Atención Médico Quirúrgica de Corta Estancia en el Hospital Juárez Centro Bicentenario.²⁵

Ahora el centro tiene por objetivos ofertar cirugía ambulatoria a través de una innovadora estructura, equipamiento y desarrollo técnico del procedimiento quirúrgico; fortalecer la atención quirúrgica de padecimientos catastróficos; disminuir el ingreso hospitalario y los costos por proceso; eliminar las listas de espera para intervenciones y evitar el riesgo de infecciones nosocomiales; así como participar de manera activa en la formación de recursos humanos para la salud y contribuir en los programas de educación básica, clínica y social.

Dichas tareas se pretenden realizar a través de las tres áreas que componen la recién creada institución. El área clínica y administrativa incluye la consulta



Clase a enfermeras

²⁴ Hospital Juárez. *Anteproyecto de reconstrucción y remodelación*. Tercera versión, pp. 441 y 442.

²⁵ A la inauguración acudieron el Presidente de la República, Felipe Calderón Hinojosa; el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos; el doctor Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del DF; Romeo Rodríguez Suárez, Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; Salomón Chertorivski Woldenberg, Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; Laura Gurza Jaidar, Coordinadora General de Protección Civil; Carlos Rojas Enríquez, Director del Hospital Juárez del Centro; Marco Antonio García Ayala, Presidente del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud; la enfermera Elía Zenón Vallarta, rescatada en los sismos de 1985; Marvi Martínez, en representación de la ONU; y Philippe Lamy, representante de la OPS/OMS.



Reinauguración del Hospital Juárez del "Centro"



Ofrenda por el aniversario del sismo de 1985

externa, las estructuras administrativas y las áreas de espera y descanso de pacientes y familiares; el área funcional quirúrgica se compone de la zona de preparación y el bloque quirúrgico convencional (quirófano y recuperación) y readaptación al medio, que incluirá capacitación al paciente y a su familia, así como el apoyo posoperatorio vía telefónica durante las 24 horas siguientes a la intervención en todas sus especialidades, entre las que se encuentran gastroenterología, urología, cardiología, ortopedia, oftalmología, coloproctología, otorrinolaringología, endocrinología, psiquiatría, cirugía de mínima invasión, urología endoscópica, cirugía general, ginecología, pediatría, odontología, cirugía maxilofacial, anestesiología, inhaloterapia, cirugía dermatológica, tanatología, endocrinología, medicina interna y medicina preventiva; así como las clínicas de excelencia de trastornos de la conducta alimentaria, medicina del adolescente y geronto-geriátrica.

Actividades que lo llevan a aspirar a convertirse en centro de referencia en el campo quirúrgico, de la gestión, investigación e innovación en los servicios ambulatorios. Por lo que en pocos años espera lograr la autogestión/descentralización, la acreditación, la capacitación continua del personal de salud, la formación de alumnos de pre y posgrado, así como el desarrollo de investigación.

Es así como el 19 de septiembre ha sido para los participantes de la historia del Hospital Juárez, los antiguos y los modernos, una fecha de renovación y continuidad de trabajos.

El Hospital Juárez de México

Sus nuevas instalaciones, 1989-2005

Carlos Viesca Treviño

Una vez resuelto el problema de la atención médica para los pacientes del Hospital Juárez, después del sismo, con la habilitación de cuatro unidades hospitalarias, Juárez I, Juárez II, Juárez III y Juárez IV, en instalaciones de la Secretaría de Salud, que de manera provisional fueron cedidas para este efecto, se hizo necesaria la recuperación del Hospital como tal. No se consideró conveniente la reconstrucción en el mismo sitio que había ocupado durante los años anteriores, desde su inauguración, dado que el terreno no era seguro y tampoco lo suficientemente amplio para la construcción de un nuevo hospital con todos los adelantos tecnológicos del momento, que le diera una capacidad en camas, semejante a la que había tenido en épocas anteriores.¹

Por indicaciones del entonces secretario de Salud, doctor Guillermo Soberón Acevedo, se integró una comisión, encabezada por el doctor Manuel Ruiz de Chávez, titular de la Subsecretaría de Servicios de Salud, para considerar un ambicioso proyecto de construcción de un nuevo hospital.² Se evaluaron diversas posibilidades dentro de este proyecto, una de las principales fue identificar en primer lugar, la nueva



Dr. Guillermo Soberón Acevedo

¹ Secretaría de Salud, Oficialía Mayor, Programa de reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, México.

² Vargas C. *Reseña histórica del Hospital Juárez de México*, 2002, p. 132.



Edificio y estacionamiento del Hospital Juárez de México



Dr. Jesús Kumate Rodríguez

ubicación, ya que se debía considerar las condiciones del subsuelo para dar suficiente seguridad a las nuevas instalaciones, y encontrar un lugar accesible con vías de comunicación y transporte público que permitieran un fácil acceso a los futuros usuarios.

En el transcurso de 1986, fue elaborado el proyecto arquitectónico que incluía conceptos de modernidad para la atención médica, además de una gran seguridad estructural en el diseño de las instalaciones hospitalarias para evitar, hasta donde fuera posible, una tragedia como la que se había vivido en el reciente sismo que tanto daño había ocasionado a muchas de las instalaciones médicas de la ciudad.³

Al norte de la ciudad en la delegación Gustavo A. Madero se localizó un terreno lo suficientemente amplio, en Magdalena de las Salinas, junto a las instalaciones hospitalarias de traumatología y ortopedia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) muy cercano también al Hospital "1° de octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁴

Ya con el terreno unificado para las nuevas instalaciones y con el proyecto arquitectónico terminado, de inmediato se dio inicio a la construcción de lo que sería el Hospital Juárez de México.

En este año se cambió la administración del país y el nuevo secretario de Salud, el doctor Jesús Kumate Rodríguez, aprobó de inmediato el proyecto que ya había iniciado la construcción, y a pesar de los problemas provocados por la crisis financiera por la que atravesaba el país, indicó rapidez en las obras y su conclusión a la brevedad.

El doctor Manuel Velasco Suárez, destacado neurocirujano y político mexicano, fue puesto al frente como Director General para encargarse del proceso de construcción del Hospital, llevó a cabo la coordinación con un grupo de médicos del mismo Hospital, para mantener la observación a todas las obras sugiriendo algunas adaptaciones para el mejor funcionamiento de las futuras instalaciones, pero en especial

³ Hospital Juárez. Anteproyecto de reconstrucción y remodelación. Tercera versión.

⁴ *Ibid.* 1, p. 133.

para que observaran las medidas de seguridad que fueron implementadas en la nueva construcción, y que esto diera la suficiente confianza para todos los que la ocuparían y trabajarían en ella. Debe insistirse en la atención especial que se puso en mantener normas de alta seguridad en el diseño y construcción para tratar de evitar daños importantes en caso de otro sismo, ya que la ciudad de México con frecuencia está sujeta a estos fenómenos.⁵

El terreno elegido para la construcción del nuevo hospital tenía una superficie de 61 mil 500 metros cuadrados, la superficie construida fue 48 mil metros cuadrados con zonas de áreas verdes que se extienden en los 13 mil 500 metros restantes. Se hizo una distribución en siete edificios con áreas comunes y un estacionamiento cubierto de tres niveles. La construcción se proyectó para que fuera de tipo horizontal de dos niveles y solamente en el edificio de hospitalización se diseñó en cuatro niveles.

El edificio "A" en donde se ubica la consulta externa, tiene una superficie construida de 6 mil 330 metros cuadrados, consta de planta baja y dos niveles. En la planta baja está el archivo clínico, la farmacia y oficinas de servicios. En los dos pisos superiores hay 25 consultorios distribuidos para los servicios quirúrgicos y médicos, cuenta además con salas de espera distribuidas entre todos los consultorios, así como servicios sanitarios en el lado sur y en el lado norte de cada uno de los pisos.⁶

Los edificios "B" y "B1" son un conjunto de 6 mil 590 metros cuadrados, distribuidos en dos plantas. La planta baja está ocupada por el servicio de Imagenología con siete salas de Rayos X, una sala para tomografía axial, otra para resonancia magnética, espacios para angiología digital y para ultrasonido. Espacios también para interpretación de estudios, revelado con cuarto oscuro y un espacio para el archivo. Además salas de espera y vestidores para pacientes.

En este mismo conjunto, en la planta baja, se colocó un área para hemodiálisis con siete cubículos para lle-

var a cabo los procedimientos con comodidad y seguridad en los pacientes, áreas de aislamiento con campanas de flujo laminar que serán utilizadas más adelante en los pacientes con transplante renal, una central de enfermeras y un espacio para el tratamiento de agua que es utilizada en estos procedimientos.

Inmediato a estas instalaciones se encuentra el Banco de Sangre, con dos consultorios, área de sangrado y dos laboratorios para el análisis y preparación de todos los productos.



Construcción del Hospital Juárez de México



Sala de espera

⁵ Hospital Benito Juárez de 400 camas. Visita de trabajo al Hospital el día 16 de diciembre de 1987.

⁶ *Ibid.* 1, p. 136.

En la planta alta están las oficinas del cuerpo de gobierno con sala de juntas y cubículos para todo el personal administrativo. En este mismo nivel se encuentran espacios para la jefatura de enfermería, la Asamblea de Cirujanos, la Sociedad Médica del Hospital, la Sociedad de Enfermería, la Asamblea de Enfermeras y las oficinas de las promotoras voluntarias.⁷

En este edificio también se alberga el servicio de Inhaloterapia y Fisiología Pulmonar, con sus salas de espera y vestidores para pacientes.



Áreas de Hospitalización



Sala de espera en Consulta Externa

En el edificio "C" con una construcción de 7 mil 690 metros cuadrados en dos niveles, en la planta baja están los servicios de Urgencias de Adultos, Urgencias de Pediatría y Urgencias de Obstetricia. El servicio de Oncología con salas de espera, área de consulta externa con dos consultorios, un quirófano, un área para la bomba de cobalto y un simulador, así como un espacio para la administración de quimioterapia.

Se encuentra también el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, con salas de espera, consultorios, vestidores, salas de hidromasaje, alberca terapéutica y salas de terapia del lenguaje.

En la planta baja se localiza el servicio de Anatomía Patológica con todos los espacios para la realización de autopsias, almacenamiento de cadáveres, así como estudios de especímenes de órganos y tejidos.

En la parte alta se localizan los quirófanos con 10 salas, área de recuperación así como la CEYE y oficinas de la jefatura del quirófano y de anestesia. Está también el servicio de tococirugía con áreas de trabajo de parto, salas de expulsión y dos quirófanos.

Vecina al área quirúrgica se encuentra la terapia intensiva de adultos con 16 cubículos. Hay también una sala de cateterismo cardiovascular.

El edificio "D" está destinado para hospitalización, tiene cuatro niveles y una planta baja, distribuido en dos alas, la norte y la sur. En la planta baja se localiza el laboratorio clínico con espacios para la realización de los diferentes estudios y cubículos para la toma de muestras. Se encuentran también los servicios de admisión y trabajo social.

En los cuatro pisos de hospitalización, hay espacios para 100 camas en cada uno de ellos, divididas en ala sur y ala norte lo que da un total de 400 camas censables y 125 no censables. Todas estas camas están distribuidas entre los diferentes servicios médicos y quirúrgicos con los que cuenta el hospital.

El edificio "E" está destinado a investigación y a enseñanza en dos niveles. En la unidad de enseñanza se cuenta con diez aulas, una biblioteca y oficinas administrativas.

⁷ *Ibid.*

Finalmente en el edificio "F" con una superficie de construcción de 912 metros cuadrados está ocupado por los servicios generales, con el comedor, la cocina y todos los anexos necesarios a este servicio, área para el servicio de nutrición. Está también el área de mantenimiento con talleres de apoyo, espacio de la lavandería así como dos subestaciones eléctricas.⁸

Una vez terminada y equipada esta magna obra en un tiempo relativamente breve, tomando en cuenta la magnitud de la misma, se llevó a cabo su inauguración el 19 de septiembre de 1989, fecha muy significativa ya que coincidía en su conmemoración, con el día de la tragedia provocada por el sismo de 1985.

La ceremonia fue de gran relevancia ya que estuvo presente el entonces presidente de la República, licenciado Carlos Salinas de Gortari; el secretario de Salud, doctor Jesús Kumate Rodríguez; el secretario de Gobernación, licenciado Fernando Gutiérrez Barrios; el jefe de gobierno del Distrito Federal, licenciado Manuel Camacho Solís; los subsecretarios de Salud, doctores Mercedes Juan López, Enrique Wolpert Barraza y el ex secretario de salud, doctor Guillermo Soberón Acevedo, quien había iniciado este gran proyecto, así como un número importante de invitados especiales de las instituciones de salud y académicas de la medicina.

Una vez concluidas las formalidades de la inauguración oficial se inició el trabajo enfocado a la atención de los pacientes, en las siguientes semanas se revisaron todas las instalaciones y los equipos médicos para asegurarse de su buen funcionamiento, cada jefe de servicio se encargó de corroborar las subsistencias necesarias para garantizar la buena atención de los enfermos.

El doctor César Vargas Martínez, especialista en cardiología, fue designado director general de este nuevo Hospital, él había estado durante 25 años en el Hospital Juárez, conocía su funcionamiento y era conocido ampliamente por todo el personal. Había sido director de investigación y director médico y a él le correspondió la difícil tarea de poner en funcionamiento estas nuevas instalaciones hospitalarias.

El 24 de octubre se recibieron los primeros pacientes

en la consulta externa y poco a poco se reinició la actividad médica y quirúrgica del Hospital, que nunca fue suspendida, ahora en sus nuevas y lujosas instalaciones, diseñadas especialmente para un hospital moderno, seguro, cómodo, con equipamiento de última generación con la tecnología más avanzada para facilitar el estudio, el diagnóstico y los tratamientos de sus pacientes, que lejos se encontraban aquellos días de penuria y escasez que habían sido, desde sus inicios y durante gran parte de su existencia, las permanentes preocupaciones de sus directores y de sus médicos.



Construcción del Hospital Juárez de México



Dr. César Vargas Martínez

⁸ *Ibid.* 1, p. 143.

Como era de esperarse, en los primeros días de inicio de sus actividades asistenciales, la afluencia de pacientes era escasa, pero muy pronto fue haciéndose más numerosa y la consulta externa se vio pronto muy activa en todos los servicios disponibles.

En el área de hospitalización ocurrió una situación muy similar, ya que en los primeros días de funciona-

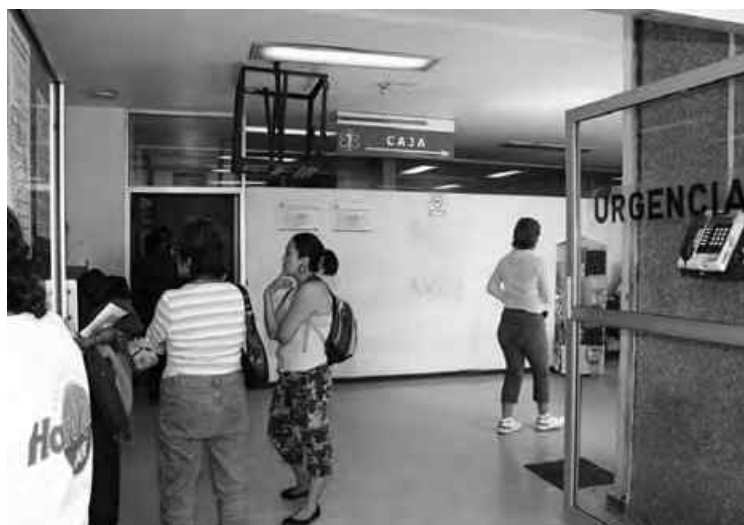
miento, solamente operaban 130 camas que eran suficientes para cubrir la demanda que en ese momento se tenía, paulatinamente se fue incrementando la necesidad de camas para hospitalización abriéndose espacios de acuerdo con estas solicitudes y es hasta 1992 cuando funcionaron las 400 camas censables más las 140 no censables. El Hospital para entonces se encontraba en marcha al 100 por ciento.⁹

Cabe destacar que en 1991 se dió un impulso importante a un programa de trasplante renal encaminado a resolver las necesidades, cada vez más ingentes para solucionar el problema de la insuficiencia renal, padecimiento que iba en aumento en nuestro país donde se privilegió el trasplante renal cadavérico, pero también se hacen de donador vivo cuando no hay otro recurso.¹⁰

La actividad quirúrgica es intensa, como es tradición en el Hospital; sin embargo, gran número de las cirugías realizadas corresponden a cirugías del llamado segundo nivel ya que no existe una referencia segura y cómoda para derivar a estos pacientes, todos son bien atendidos con resolución adecuada de sus problemas quirúrgicos. Todos los servicios quirúrgicos están capacitados y realizan procedimientos quirúrgicos de tercer nivel.¹¹

En el servicio de Otorrinolaringología se inició la cirugía de oído con toda la complejidad técnica y quirúrgica requerida. En el servicio de Maxilofacial, se mantuvo la tradición docente y de resolución quirúrgica de casos de alta complejidad que desde años atrás los caracteriza. En el servicio de Ortopedia también se iniciaron nuevos procedimientos quirúrgicos más acordes con los avances tecnológicos.

Conforme avanzó el Hospital en sus instalaciones recientes se fueron haciendo evidentes necesidades que obligaron a la ampliación de algunos de sus servicios médicos y quirúrgicos, pero también la necesidad de contar con nuevas especialidades indispensables dado el avance científico y tecnológico de la medicina.



Área de Urgencias



Sala quirúrgica

⁹ *Ibid.* 1, p. 156.

¹⁰ Urbina RG. Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México. *SS Rev Hosp Jua Mex* 2005; 72: 69-74.

¹¹ Moreno RJ. Cambio valvular mitral. *Rev Hosp Jua Mex* 2005; 72: 148-152.

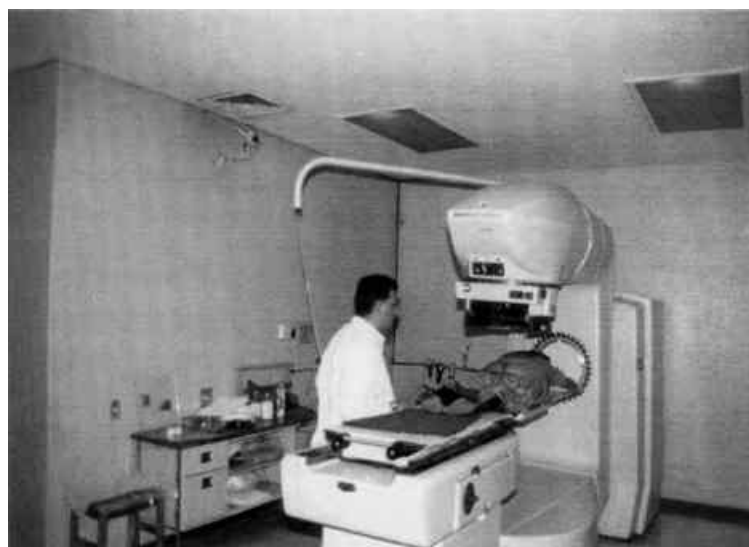
A principios de 1992, el servicio de Oftalmología se vió remozado y ampliado en sus instalaciones y equipamiento, así como en el personal médico, se logró la autorización de la apertura del curso de posgrado para la formación de especialistas avalado por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. También se inició un programa de trasplante corneal, con cirujanos especialistas en la patología de esta estructura, apoyado con el funcionamiento de un Banco de Ojos que fue uno de los más importantes en el país, con obtención de donaciones en el mismo Hospital, lo que le da la suficiencia necesaria para el tratamiento de los enfermos que requieren de este procedimiento, sin tener que someterse a una larga lista de espera. Más adelante se obtuvo también un equipamiento oftalmológico especial, gracias a una generosa donación de la Fundación Gonzalo Río Arronte para facilitar y ampliar el estudio y diagnóstico de diversas enfermedades del aparato de la visión y para el tratamiento de un gran número de ellas, entre otras, los defectos de refracción, lo que hace que hasta el momento el HJM sea la única institución oficial con estas posibilidades.¹²

El servicio de Oncología pronto fue rebasado por la gran demanda de atención que permanentemente se le fue solicitando, al principio, como el resto de los servicios del Hospital, no tenía un gran número de pacientes, pero debido a dos circunstancias, en primer lugar por la alta incidencia de los padecimientos oncológicos que aquejan a la población y en segundo lugar por la localización geográfica del Hospital, al norte de la ciudad de México, con un área de influencia de muy alta población, en donde no existe atención especializada en padecimientos oncológicos. Este servicio ha sido víctima de su propio éxito. Además de la atención quirúrgica de estos enfermos con las técnicas quirúrgicas actuales, también se cuenta, desde su inauguración con una bomba de cobalto para tratamientos de radioterapia, así como todo lo necesario para la quimioterapia complementaria.¹³

Durante este periodo, la morbilidad en un 63 por ciento fue consecuencia de la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, las rinitis y las otitis medias. Las causas de mortalidad fueron la diabetes y sus complicaciones, problemas del embarazo, sida, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, síndrome de dependencia



Tomógrafo



Bomba de cobalto

¹² Información de la Coordinación de Hospitales de Referencia.

¹³ *Ibid.* 1, p. 159.

al alcohol, neumonía, acidosis metabólica, EPOC e hipertensión arterial. Una tasa de mortalidad bruta de 5.8 y de mortalidad ajustada de 2.5.¹⁴

Poco a poco también se fueron creando y poniendo en funcionamiento los comités más importantes enfocados a mantener la calidad de la atención médica, como el de auditoría del expediente clínico, el de bioseguridad, de morbimortalidad y tejidos, y el de investigación y ética.¹⁵

Algo que no podía faltar en estas nuevas instalaciones era su tradición docente que tenía desde muchos años atrás. En el sismo de 1985 se habían perdido vidas muy importantes en las que se incluían algunos profesores titulares de cursos de posgrado y se incluía también la muerte del jefe de Enseñanza del Hospital, pero sin más tardanza se reiniciaron los cursos de posgrado ya formalizados y avalados por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM y se fueron ampliando a otras de las especialidades con las que ahora contaba el Hospital.

Al inicio de las actividades en las nuevas instalaciones se registraron 188 médicos residentes.¹⁶

Se retomaron también los cursos de pregrado de alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM, de la Escuela Superior de Medicina del IPN y de la Universidad Anáhuac.¹⁷

En el área de investigación casi el 80 por ciento de los protocolos de investigación en este periodo, correspondieron al desarrollo de tesis de los médicos residentes.

Las asambleas nacionales de cirujanos que habían continuado sin interrupción cada dos años, volvieron a realizarse, ahora en la nueva sede de este hospital, a partir de la XXIX Asamblea en 1990. La Sociedad de Cirugía también reinició sus actividades acostumbradas quedando a cargo de la organización y presentación de sesiones académicas semanales del Hospital, alternándose con las que correspondían a la Dirección de Investigación y Enseñanza. La Sociedad en 1997 organizó a partir de entonces y cada dos años, un Congreso Médico Quirúrgico, alternándose con las Asambleas con el fin de que no hubiera coincidencias de estos dos eventos.¹⁸

El Consejo de Salubridad General otorgó la Certificación como Hospital General, por haber cumplido con los requisitos señalados por la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales durante el periodo de 2000 al 2004.¹⁹

En 1992 el Hospital acogió a la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, lo que obligó a remodelar algunos espacios para proporcionarles aulas y oficinas administrativas. La actividad docente ha evolucionado desde entonces enfocándose a la formación de licenciadas en Enfermería dando oportunidad a personal técnico de formarse por medio de programas abiertos y alcanzar esta licenciatura, todo esto en beneficio del hospital que ha logrado capacitar mejor al personal de



Certificación del Hospital Juárez de México como Hospital General

¹⁴ *Ibid.*, p.162.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.* 2, p. 164.

¹⁷ *Ibid.*, p. 163.

¹⁸ *Ibid.*, p. 145.

¹⁹ *Ibid.*, p. 166.

enfermería, además de la formación profesional de nuevos elementos en esta rama.²⁰

Hasta aquí concluye un importante periodo en el cual iniciaron las actividades en las nuevas instalaciones del Hospital Juárez de México, también muy destacado por el alcance al que llegó la demanda de servicios por parte de los pacientes que durante muchos años habían recibido atención en el antiguo hospital y que ahora acudían a renovarla en este nuevo hospital, también aquellos que por la cercanía y vecindad llegaban confiados a recibir este beneficio.

Después de 13 años de estar al frente del hospital, el doctor César Vargas es relevado en sus funciones.

El doctor Heriberto Pérez Terrazas fue nombrado director general el 2 de enero de 2003, el nuevo director había dedicado gran parte de su vida profesional también al Hospital Juárez. Desde 1974 ingresó como nefrólogo, ocupando la jefatura del servicio de Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante Renal hasta 1994 cuando se encargó de la Dirección Médica. De esta manera continuó la trayectoria marcada por el anterior director.²¹

En este momento existía un desgaste importante, tanto del cuerpo de gobierno del Hospital, que se mantenía prácticamente sin cambios durante un largo periodo, así como desgaste también de las instalaciones hospitalarias, de los equipos de diagnóstico y de los equipos médico quirúrgicos, eran ya 13 años de una labor intensa e importante de todos los integrantes del Hospital en sus diversos servicios para la atención de un gran número de pacientes y existía la sensación de no contar con todo el apoyo de las autoridades para mantener el ritmo de trabajo, pero más importante era, que no se contaba con los recursos e insumos suficientes para lograr la atención de los enfermos y tanto el cuerpo médico como todos los demás profesionales de la salud que participaban en esa atención, se sentían defraudados e incómodos.

A pesar de este malestar, las actividades médicas y

quirúrgicas diarias continuaron sin ninguna modificación por un tiempo, hasta que en junio, al no percibirse cambios, ocurrió una ruptura entre el cuerpo médico del hospital y sus autoridades, dándose lugar a un “paro médico”, conformándose lo que llamaron “Coalición temporal de médicos del Hospital Juárez de México” integrado por médicos residentes de todas



Dr. Heriberto Pérez Terrazas y Dr. Aquiles Ayala Ruiz



Protesta de los residentes del Hospital Juárez de México

²⁰ *Ibid.*, p. 164.

²¹ Secretaría de Salud. Comunicado de prensa núm. 002. 2 de enero de 2003.

las especialidades y médicos adscritos, liderados por la Sociedad de Cirugía, esta coalición presentó un pliego petitorio con 26 incisos, en la que destacaban algunos puntos como: la adquisición de un nuevo equipo de tomografía, de un equipo de resonancia magnética, así como la dotación de insumos y medicamentos para la atención de sus pacientes. La intervención de las autoridades de la Secretaría de Salud permitió la solución de la mayor parte de los puntos solicitados y el problema fue resuelto reiniciándose las actividades en todo el Hospital.²²

Meses más adelante la Fundación Gonzalo Río Arronte donaría un equipo de Tomografía axial computarizada con avances tecnológicos importantes que permitió la realización de estudios en tiempo más corto y con una mayor precisión en los diagnósticos de los problemas patológicos de los pacientes.

Lo anterior, así como la corrección progresiva de la dotación de los insumos y de los medicamentos devolvió la tranquilidad a los grupos en conflicto, reanu-

dándose las actividades médicas y académicas en toda la intensidad acostumbrada.

En lo que respecta a la atención médica, lo mismo que en relación a las actividades de enseñanza e investigación, no se dieron grandes modificaciones y se mantuvieron condiciones semejantes en el periodo comprendido entre enero de 2003 y noviembre de 2005, por lo que se mencionarán las cifras de 2004 como ejemplo de la actividad alcanzada en este periodo. El total de ingresos fue de 19 mil 683, 18 mil 851 egresos y un índice de ocupación hospitalaria de 74 por ciento.²³

En este periodo se hicieron 13 mil 138 procedimientos quirúrgicos, los principales fueron la colecistectomía abierta, apendicetomía, hernioplastía, extracción de catarata, septumplastía e histerectomía radical.²⁴

Los principales motivos de egreso hospitalario fueron: parto espontáneo 11.7 por ciento, tumores malignos 9.6 por ciento, causas obstétricas directas 9.5 por ciento, traumatismos 6.8 por ciento, aborto 5.1 por ciento e insuficiencia renal 4.1 por ciento.²⁵

La tasa de mortalidad bruta fue de 3.83 por ciento con una tasa ajustada de 2.94 por ciento.²⁶

Las cinco principales causas de mortalidad fueron los tumores malignos, 21 por ciento, diabetes *mellitus*, 15 por ciento, insuficiencia renal, 8.9 por ciento, enfermedad cerebrovascular, 8.0 por ciento y enfermedades del hígado, 7.7 por ciento.²⁷

En la consulta externa en este mismo año, se registraron 198 mil 054 consultas y correspondieron a cirugía general el 43 por ciento, a medicina interna el 29.3 por ciento y a ginecoobstetricia el 12.3 por ciento.²⁸

En el Servicio de Urgencias se registró un total de 58 mil 183 consultas, de las cuales el 62 por ciento no estaban clasificadas y solamente el 19 por ciento eran verdaderas urgencias.²⁹



Enfermeras pediátricas en Urgencias

²² *La Jornada*, miércoles 23 de julio de 2003, México.

²³ Sistema de Información en Salud del Hospital Juárez de México 2004.

²⁴ Hospital Juárez de México. Informe Anual. 2004.

²⁵ Hospital Juárez de México. Sistema de egresos hospitalarios.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Información en salud 2004.

²⁹ *Ibid.* 21.

En el área de enseñanza se habían ampliado las opciones en los cursos de pregrado y además de los grupos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y del Instituto Politécnico Nacional (IPN), se habían admitido grupos de la Universidad Autónoma de México (UAM) y del Centro Cultural Universitario (CCU) Justo Sierra.

Por otra parte el número de médicos residentes se había incrementado paulatinamente, se tenían autorizados nuevos cursos de posgrado en las nuevas especialidades médicas y quirúrgicas y ahora eran 326 en los diferentes cursos.³⁰

En investigación, de manera general se encontraban registrados 141 proyectos de los cuales 79 correspondían a tesis de médicos residentes, el resto estaban en proceso y los encabezaban médicos del área clínica.

En cuanto a publicaciones, la *Revista de la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez* daba cabida a los trabajos elaborados por los médicos del hospital y de esta manera se mantenía vigente este rubro de la investigación.

Todas estas cifras dan una idea de la gran actividad médica y quirúrgica que se llevaba a cabo todos los días en el Hospital. También de su desempeño en la investigación y en la enseñanza de todos los profesionales de la salud que por muchos años han acudido ávidamente al Hospital para prepararse y capacitarse en todo lo relacionado con la atención de la salud de los enfermos.

En el mes de octubre fue publicada por las autoridades de la Secretaría de Salud una convocatoria a nivel nacional, para la elección de un nuevo director del

Hospital Juárez de México, se puntualizaba en esta convocatoria, los requisitos y el perfil profesional que deberían tener los candidatos y como parte importante estaba la presentación de un Proyecto de Trabajo para ser llevado a cabo en un periodo de cinco años, en caso de ser elegido como director general.

Revista del Hospital Juárez de México	
<small>Fundada en 1912 como Revista Mensual de Medicina y Cirugía</small>	
<small>VOL. 79</small>	<small>Octubre-Diciembre 2012</small>
<small>Órgano Oficial de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Juárez, A.C.</small>	
	
<small>ISSN 1409-4022</small>	
<small>Trimestral Fundación Hospital Juárez</small>	
Editorial	Epigramas, memorables sentados 23
La Ciudad en la era digital 2	Artículos de Revisión
Artículos Originales	Revisión del Nivel de Cuidado (atención)
Estrategias para mejorar la atención al paciente 10	Modelo de atención al paciente en la atención primaria 21
Experiencia en el uso de la tecnología médica 11	Modelo de atención de hipertensión en pacientes con insuficiencia cardíaca 24
Apoyo al área de diagnóstico por imagen 12	Intervenciones y cuidados de enfermería en el paciente con insuficiencia cardíaca 26
Modelos de atención en sistemas de salud 13	Casos clínicos
Procesos de atención en la atención primaria de un hospital general 14	Caso de HSA: Reporte de dos casos 28
Experiencia en el uso de la tecnología médica en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer 15	Exposición de casos de hipertensión 29
Experiencia en el uso de la tecnología médica en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer 16	Reporte de un caso y revisión de la literatura 30
	Revisión del nivel de atención a largo plazo. A propósito de un caso y revisión de la literatura 32

Revista del Hospital Juárez de México

³⁰ *Ibid.*



Plaza conmemorativa en el Hospital Juárez de México

La gestión del doctor José Adrián Rojas Dosal

2005-2010

Carlos Viesca Treviño

El primero de diciembre de 2005 tomó posesión como director general del Hospital el doctor José Adrián Rojas Dosal, que fue elegido a través de un minucioso y transparente proceso de selección por la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México (HJM). Presidió este acto, el Secretario de Salud, doctor Julio Frenk Mora, y el Subsecretario de Innovación y Calidad, doctor Enrique Ruelas Barajas.¹

El doctor Rojas Dosal, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y quien se desempeñaba como jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Juárez de México, realizó estudios de especialización en oftalmología en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, al concluir su entrenamiento, continuó como médico de tiempo completo en el Hospital de Pediatría, del que llegó a ser jefe del Servicio. Fue también médico especialista en el Hospital de Oftalmología del Centro Médico Nacional del IMSS en el que en años posteriores fungió como Director. A raíz del terremoto de 1985 en el que se vieron afectadas las instalaciones de esa unidad, se integró como jefe de la División de Oftalmología del Hospital de Especialidades de esa misma institución.



Dr. José Adrián Rojas Dosal

¹ Nombramiento del Dr. José Adrián Rojas Dosal. *El Universal*, 2 de diciembre de 2005.

Al término de su gestión en el IMSS fue llamado para organizar y encabezar el servicio de Oftalmología del Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud (SSA). Fundó el Banco de Ojos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, y también el Banco de Ojos del Hospital Juárez de México.

Miembro de sociedades y agrupaciones médicas entre las que destacan la Academia Mexicana de Cirugía, en la que ocupó el cargo de secretario, y, posteriormente, en el año de 1997 el de presidente; asimismo, es miembro titular de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Mexicana de Oftalmología. Fue secretario del Comité Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (Conacem) y vocal del Consejo Mexicano de Oftalmología, secretario de la Fundación Mexicana para el Progreso de la Cirugía de la Academia Mexicana de Cirugía, vocal titular del Consejo de Salubridad General, consejero del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Arbitraje Mé-

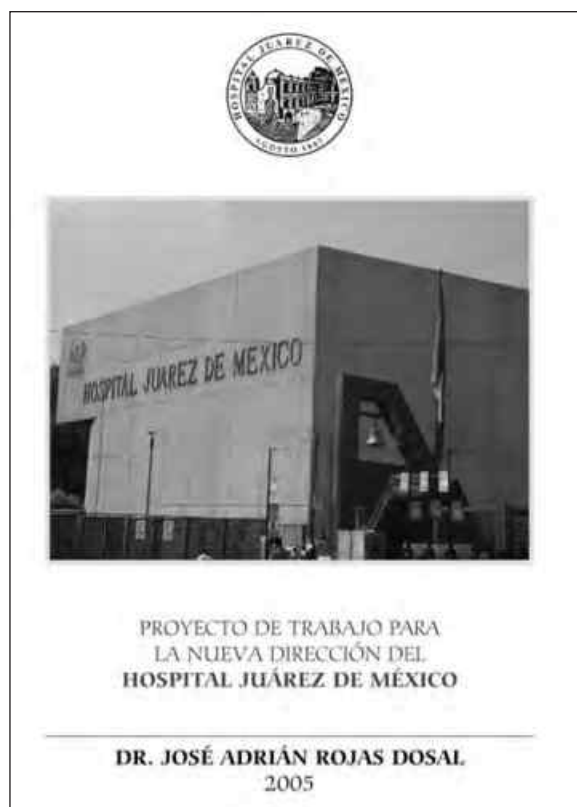
dico y encargado del Comité de Córnea del Consejo Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud; profesor titular del curso de posgrado en Oftalmología en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional y en el HJM y profesor de pregrado de la Facultad de Medicina durante 14 años. Ha sido organizador de cursos nacionales e internacionales de la especialidad, y también organizador y profesor de 48 cursos teórico-prácticos de microcirugía para posgraduados.

Coordinó durante 12 años al grupo quirúrgico de oftalmología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional y del HJM en 58 convivencias quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía, dentro del programa de Cirugía Extramuros de la Secretaría de Salud. En ellos fueron intervenidos 3,200 pacientes con cataratas, acciones que tuvieron efecto en diferentes estados del país.

Participante en cursos nacionales y congresos internacionales de la especialidad, así como en múltiples simposios, conferencias y mesas redondas. Ha publicado 63 artículos de trabajos de revisión, actualización e investigación clínica en revistas indexadas; además, ha colaborado en la publicación de diez libros de temas médicos. Tiene publicado un libro de oftalmología pediátrica.²

El proyecto de trabajo

El nuevo director presentó un proyecto de Trabajo para el periodo 2005-2010 que contaba con una propuesta sólida, generada a la luz de un ejercicio de planeación estratégica en el que se reflejaban las aportaciones, opiniones y sugerencias, directa o indirectamente, de la comunidad médica, científica y administrativa de la institución. En ese proyecto se reconocían los grandes retos del Sistema Nacional de Salud, pero también los notables logros que el país había alcanzado al elevar los niveles de salud y los avances innegables de la democratización de la salud al haber sido creadas condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios para una población que carecía de ello, en función de su condición socioeconómica, laboral, cultural o étnica, o también por situaciones geográficas



Proyecto 2005

² Resumen del *Currículum Vitae* del Dr. José Adrián Rojas Dosal.

o de inaccesibilidad organizacional. Aún cuando la población debe tener derecho para gozar de un estado de salud satisfactorio, el incremento en los costos de la atención médica les obliga a postergar el cuidado de su salud, cuando tienen que hacer el pago directo de su bolsillo. Precisamente, al contar con instrumentos jurídico-legales y estrategias que estaban haciendo posible orientar acciones dirigidas a subsanar las diferencias existentes en el acceso a los servicios al privilegiar la igualdad de la atención frente a la enfermedad y la calidad de vida y al contar con un mejor financiamiento a la salud para una mejor infraestructura con mejores recursos hospitalarios.

El proyecto del “nuevo hospital que necesitamos”, identificaba con claridad los retos de estos cambios epidemiológicos, demográficos, políticos, sociales y económicos; asimismo, en el diagnóstico situacional se identificaban las fortalezas y debilidades de la institución bajo un análisis estratégico, objetivo e imparcial, crítico en muchos casos al señalar sus deficiencias, pero con el mejor propósito de convertirlo en un hospital modelo, de acceso universal gradual, innovador en tecnologías médicas y en esquemas gerenciales que le pudieran brindar sustentabilidad a mediano y largo plazos. En este contexto se definieron los objetivos estratégicos, las estrategias y las líneas de acción en las áreas de asistencia médica, investigación, enseñanza y el nuevo concepto de gerencia hospitalaria que necesitaba el Hospital Juárez de México, con una potencialidad enorme para contribuir al cumplimiento de los retos del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de su competencia.³

Al inicio del año 2005, el entonces Presidente de la República, Vicente Fox Quezada, anunció la conformación del Corporativo de Hospitales Federales de Referencia, integrado por los hospitales General de México, Juárez de México, “Doctor Manuel Gea González”, de la Mujer, Juárez del Centro, Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Psiquiátrico Infantil “Doctor Juan N. Navarro” y el Nacional Homeopático.⁴

Los alcances del Hospital Juárez fueron modificados,

pues de ser un Hospital General con un sitio bien ganado desde 30 años atrás, pasó a ser un hospital de concentración de casos complicados o con problemas específicos de atención que requirieran la disposición de servicios de alta especialidad y la participación en ellos de médicos con experiencia y una formación orientada a la solución de ese tipo de problemas.

Ahora bien, el HJM por su ubicación geográfica en la zona norte de la ciudad de México, quedó más accesible a las zonas de mayor crecimiento habitacional que se estaban dando en esos últimos años. Se sabe que en el 2003 el gobierno del Estado de México había autorizado la construcción de viviendas en los municipios aledaños al Distrito Federal que aumentaron la población en más de un millón de habitantes y que en el año 2005 se tenía planeada la construcción de más centros habitacionales en esta misma zona (Ecatepec, Tultitlán y Valle de Chalco), que incrementarían en medio millón más el número de los residentes de esas áreas.

También en ese año, se publicó un decreto en el *Diario Oficial de la Federación*, mediante el cual se convertía al Hospital Juárez en un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, lo que le permitiría mantener y ampliar sus actividades encaminadas a conservar y mejorar el estado de salud de la población mexicana.⁵

Con la nueva figura jurídica, además de contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud en el ámbito de su competencia, apoyaba la ejecución de los programas sectoriales, especiales y regionales en salud en el ámbito de sus atribuciones y competencias; también actuaría como organismo de consulta de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y asesoraría a instituciones sociales y privadas, impulsando la participación ciudadana en el autocuidado de su salud.

Entre sus funciones más importantes estaba proporcionar servicios de salud de alta especialidad y en aquellas complementarias y de apoyo, determinadas en su Estatuto Orgánico. Prestaría servicios de hospitalización y de consulta externa en las especialidades con las que

³ Programa de trabajo 2005-2010, Rojas Dosal José Adrián.

⁴ Diario *Reforma*, 8 de febrero de 2005.

⁵ *Diario Oficial de la Federación*, 26 de enero de 2005.

contaba, regidos por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Fungiendo además como Hospital Federal de Referencia para efectos del Fondo de Protección contra



Residentes en prácticas



Dr. Julio Frenk Mora

Gastos Catastróficos, dentro del Sistema de Protección Social en Salud.

Conforme a lo anterior, quedaba también especificado que en el campo de la enseñanza, formaría recursos humanos especializados en aquellas áreas de las especialidades médicas con las que contara; diseñando y ejecutando programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad.

En el campo de la investigación, impulsaría la realización de estudios e investigaciones básica, clínica y experimental en las especialidades con que contara, en apego a la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables; además de difundir la información técnica y científica generada sobre los avances que en materia de salud registrara, así como el compromiso de publicar los resultados de las investigaciones y trabajos realizados. Asimismo, promovería y realizaría reuniones y eventos de intercambio científico, de carácter nacional e internacional y celebraría convenios de intercambio con instituciones afines.

Esta nueva figura jurídica, obligó también a implementar esquemas innovadores para generar sus propios recursos que les permitieran un mejor funcionamiento y más autonomía, en el cumplimiento de sus tareas diarias de atención a sus pacientes, proporcionando servicios de salud de alta especialidad y participando en programas sectoriales y regionales de salud.

El Sistema de Protección Social en Salud

Al inicio de la administración, en el 2000, la SSA, encabezada por el doctor Julio Frenk Mora, presentó el programa sectorial del gobierno federal denominado "Programa Nacional de Salud 2001-2006", derivado de la consulta a la sociedad, a los profesionales y a las instituciones.⁶ En él se perfilaron tres grandes retos derivados de un análisis sistemático al sector y de las condiciones de salud y enfermedad de la población, así como de los efectos de los determinantes de la salud. Los tres retos a superar eran: la equidad, la calidad y la protección financiera. Para ello, se definieron estrategias sustantivas e instrumentales.

⁶ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El reto de la equidad obedecía al rápido cambio de los perfiles de salud que se habían dado con la prevención epidemiológica y al hecho de que la llamada “transición epidemiológica” se estaba dando en un ámbito de exclusión y de desigualdad entre las distintas regiones del país y entre los distintos grupos sociales. Para responder a este reto, se definió el gran objetivo que consistía en abatir las desigualdades en salud, vinculando la salud con el desarrollo económico y social, reduciendo los rezagos en salud que siempre han afectado a los pobres y más desprotegidos, así como a extender la cobertura de programas de salud en zonas rurales, para población marginada y para los sectores de población más vulnerable a riesgos de enfermedad y muerte. Además de enfrentar los retos emergentes y la transición epidemiológica.

En relación a la calidad, se consideraba el desempeño heterogéneo de todo el sector y sus instituciones, además del trato desigual a la población.

Para este reto se impulsó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, puesta en marcha en enero de 2001, y a la cual se sumaron todas las entidades federativas de manera voluntaria y apegada a las directrices y lineamientos operativos emanados de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y operados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La protección financiera estaba enfocada a evitar los gastos catastróficos en que se incurría por atender la salud. Este tercer reto llevó a definir un objetivo: asegurar la solvencia en el gasto en salud para brindar protección financiera a toda la población.

En este marco de la reforma estructural en salud y con las reformas a la Ley General de Salud, se creó el Sistema de Protección Social en Salud, que comprende el Seguro Popular, erigido como el instrumento fundamental para asegurar la justicia del financiamiento y brindar protección financiera a toda la población, bajo el esquema de solidaridad de los que más tienen con los de menos recursos, de los sanos con los enfermos y de los jóvenes con los viejos. La visión del Seguro Popular era la de lograr el ejercicio efectivo,

universal, incluyente e igualitario de un derecho social fundamental: el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo cuarto constitucional.

Con el Seguro Popular ya no había ciudadanos de primera y de segunda. La salud se convirtió entonces en una garantía acorde con los Derechos Humanos, cada persona teniendo las mismas oportunidades para cuidar de su salud, independientemente de su situación laboral, ingreso, lugar de residencia, origen étnico, edad, género o condición de salud previa.⁷

Para el HJM era importante aprovechar esta iniciativa del Gobierno Federal ya que el financiamiento de la salud a través del Seguro Popular permitiría reestructurar la atención especializada por niveles de atención, teniendo de por medio un manejo técnico de los costos, independientes del precio a los usuarios o independientes del otorgamiento gratuito de los servicios de salud.⁸

Asimismo, los hospitales federales de referencia, como era el caso del Hospital Juárez de México,



Enfermeras en servicio

⁷ Secretaría de Salud. Información para la rendición de cuentas México, 2003.

⁸ *Ibid.* 3, p. 15.



Sala de recuperación de pacientes operados de cataratas



Detalle de la fachada del Hospital Juárez de México

habían evolucionado hacia una ampliación en la atención a la salud de la población en todo el Valle de México, como consecuencia de los procesos acelerados de urbanización y de los intensos procesos migratorios, lo que provocaba que tuviera que atender y dar servicio médico a una ciudadanía cada vez mayor. Su condición de hospital recién descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya función primordial era la atención de la salud de la población no asegurada con escasos recursos, le imprimió responsabilidades especiales que debía resolver con un apoyo en fuentes de financiamiento más amplias y diversificadas y con una organización más acorde con sus nuevas necesidades.⁹

Por otra parte, había que tomar en cuenta que la población usuaria del hospital no era susceptible de ser identificada territorialmente ya que, como en todos los centros de atención médica en donde se otorga atención de alta especialidad en México, los que demandan sus servicios provienen de varios estados de la República, dada la irregularidad en la distribución de los recursos para la atención altamente especializada que tiene nuestro país.

Por tanto, para determinar la población usuaria, era impreciso el cálculo de la antes llamada población “abierta”; es decir, la que no está adscrita a la seguridad social en sus diversas modalidades. También era totalmente incierto, ya que tratándose de la atención médica especializada, no todos los derechohabientes de la seguridad social confían en sus servicios y cuando no podían sufragar los altos costos de la medicina privada, acudían a los institutos o centros hospitalarios que les ofrecían atención médica de alta especialidad.

Líneas de acción

En el marco de los antecedentes presentados, el proyecto del doctor Rojas Dosal para el Hospital Juárez de México planteaba líneas de acción en relación con la extensión de la protección social en salud, propiciando un intercambio de experiencias nacionales vinculadas a la estrategia nacional de protección social en salud y, de esta manera, contribuir al efectivo manejo del Seguro

⁹ *Ibid.* 3, p. 27.

Popular que mejorara el acceso a los servicios de salud en las entidades que demandaban mayor número de atenciones al Hospital Juárez de México.¹⁰

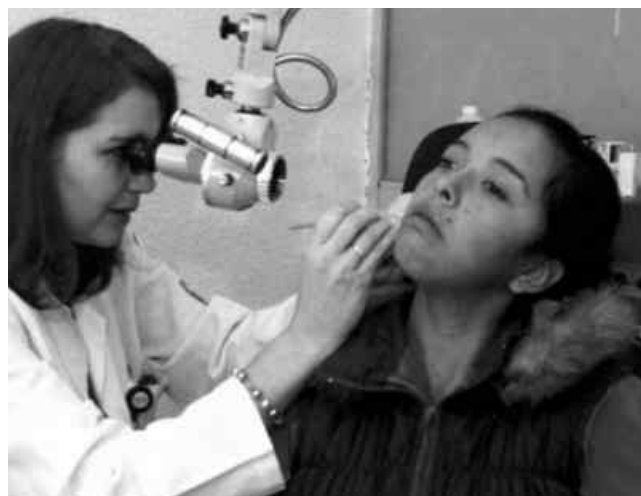
Geográficamente, el Hospital Juárez de México se encuentra al norte de la ciudad de México, en la delegación Gustavo A. Madero, sobre una superficie que abarca 61 mil 500 metros cuadrados, cuenta con siete edificios construidos en 48 mil metros cuadrados y una zona de áreas verdes que se extiende en los 13 mil 500 metros cuadrados restantes. En estos edificios se distribuyen las áreas de hospitalización, consulta externa, servicios de diagnóstico y apoyo, servicios de urgencias, direcciones de enseñanza y de investigación, así como las áreas administrativas y de almacenes.

Es un hospital de alta especialidad que cuenta para su gestión con una estructura directiva encabezada por un director general, cinco direcciones de área, a saber: médica, que estuvo a cargo del Dr. José Manuel Conde Mercado; de Enseñanza, inicialmente encabezada por el Dr. Luis Delgado y que más adelante sería sustituido por el Dr. Guillermo Hernández Valencia; de Investigación, dirigido por el Dr. Alejandro Treviño Becerra; de Planeación, liderado por el Dr. Jorge Valencia

Solano; así como de Administración, que estuvo a cargo del Lic. Rodrigo de la Cruz Santacruz. El Servicio de Enfermería lo encabezó la maestra Virginia Bautista.

Asimismo, en sus instalaciones se encuentra la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, que forma licenciados y está incorporada a la UNAM.

Para la atención médica se cuenta con las especialidades y subespecialidades que se muestran en la tabla 1.



Atención en la especialidad de ONG

Tabla 1. Especialidades y subespecialidades para la atención médica

1. Pediatría médica	2. Neonatología	3. Urgencias pediátricas
4. Cirugía pediátrica	5. Terapia intensiva pediátrica	6. Anestesiología
7. Cirugía general	8. Cirugía Máxilofacial	9. Cirugía plástica y reconstructiva
10. Endoscopia	11. Neurocirugía	12. Oftalmología
13. Oncología	14. Ortopedia y traumatología	15. Otorrinolaringología
16. Trasplante renal	17. Urología	18. Alergia e inmunología
19. Cardiología	20. Dermatología	21. Gastroenterología
22. Hematología sin	23. Medicina interna	24. Endocrinología y bariatría
25. Hematología	26. Nefrología	27. Neumología e inhaloterapia
28. Neurología	29. Psiquiatría y psicología	30. Reumatología
31. Unidad de cuidados coronarios	32. Urgencias adultos	33. Cuidados intensivos
34. Obstetricia	35. Ginecología	36. Biología de la reproducción humana
37. Toxicología clínica	38. Nutrición	39. Unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria
40. Electrodiagnóstico	41. Medicina física y rehabilitación	44. Imagenología
42. Medicina nuclear	43. Patología	

¹⁰ *Ibid.* 3, p. 36.

En el Hospital Juárez de México son atendidos pacientes de todas las edades con padecimientos de todas las especialidades mencionadas; 82 por ciento de ellos proceden del área del valle de México y son personas con ingresos menores a los 3 mil pesos mensuales.

La mayoría de ellos y sus acompañantes son mujeres y amas de casa. Los padecimientos que se atienden son cada vez más complejos, y el grupo de pacientes por arriba de los 60 años de edad se ha incrementado en los últimos años.¹¹

En el periodo 2005-2010 se obtuvieron logros con la regulación de la atención, ya que se instituyeron diversas acciones para regular la atención, que generó beneficios transversales en todo el hospital, atendiendo a un concepto claro de sistema hospitalario.

Ante la problemática de un exceso de atenciones no calificadas en urgencias, estas acciones permitieron que las urgencias calificadas se incrementaran de 12 por ciento en 2005 a 63 por ciento en 2010, situación que incrementó, a su vez, las consultas de especialidad y a los pacientes de primera vez, permitiendo un mejor control de ellos y generando una reducción de ingresos en áreas de medicina interna y de pediatría.¹²



Consulta externa

Consulta externa

En este mismo periodo, el número de consultas ascendió a casi 200 mil atenciones al año, de las cuales 60 mil 200 fueron de primera vez, lo que implica que se atendieron con una subsecuencia de 2.5. Para fortalecer el control de causas específicas, se implementaron clínicas como la de Enfermedades del Tórax con los servicios de Cirugía cardiotorácica, Neumología, Cardiología y Pediatría, con lo cual se logró el propósito de realizar los complejos procedimientos quirúrgicos para corregir malformaciones congénitas, severas patologías valvulares y graves alteraciones pleuropulmonares. Considerando los cambios epidemiológicos actuales, se establecieron para lograr una atención multidisciplinaria, la Policlínica de diabetes, La clínica de obesidad y trastornos metabólicos y la Clínica del adulto mayor; para 2010 se agregaron nuevas clínicas, como la de Enfermedades alérgicas, EPOC y tabaquismo, Prevención de la enfermedad vascular, Enfermedad hipertensiva del embarazo y Trasplantes.¹³

En lo que concierne a la prevención de la muerte materna, un compromiso de nuestro país en las metas del milenio, se desarrolló también todo un programa de atención multidisciplinaria, que logró el rescate de enfermas en condiciones de gran complejidad y gravedad, obteniéndose resultados importantes que fueron presentados en el foro más importante de la medicina mexicana, la Academia Nacional de Medicina de México. Considerando que el mejor camino es la prevención, se inició un programa anual de capacitación, dirigido a médicos y personal paramédico de primer contacto, para la identificación de problemas durante el embarazo, el cual permitiría la referencia oportuna de las pacientes con riesgo.¹⁴

En este rubro también, se participó en un proyecto multicéntrico para la detección temprana de la diabetes gestacional. Asimismo, como parte de las actividades encaminadas a mejorar la atención al usuario, se supervisó la hora de inicio y de término de las labores de los consultorios; número de consultas otorgadas y

¹¹ Informe de Gestión 2005-2010. Hospital Juárez de México, p. 100.

¹² *Ibid.*, p. 102.

¹³ *Ibid.* 11, p. 122.

¹⁴ Informe de autoevaluación, presentado a la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, marzo de 2007.

cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico; cobertura y cumplimiento de citas divididas en bloques de dos horas.¹⁵

Un hecho importante derivado del reordenamiento y vigilancia de las acciones en la consulta externa que, entre otras cosas exigía la atención de pacientes dentro del horario completo de la consulta, sin que se interrumpiera la misma por diversas causas, dio como resultado la reducción en la atención de urgencias y la mejor calificación de urgencias reales y sentidas.¹⁶

De esta manera, la atención de urgencias disminuyó de poco más de 58 mil consultas al año, a 25 mil. Esta reducción fue inversamente proporcional al incremento de la consulta externa, que tenía como beneficio indudable, el mejor control de los pacientes y la programación más acertada de la hospitalización, así como la mejoría en la pertinencia de ella y el mejor acceso a los pacientes que realmente lo requerían.¹⁷

En el primer semestre de 2006, con el Servicio de Oftalmología, reacondicionado y plenamente equipado, se puso en marcha el proyecto de cirugía refractiva para la corrección de problemas de refracción mediante el empleo de Excimer Láser y, como respuesta a la carga de trabajo inherente a la incorporación del Hospital a la atención de pacientes procedentes del Seguro Popular, se instalaron dos nuevos quirófanos destinados a cirugía de cataratas, equipados con los últimos adelantos tecnológicos para la realización de procedimientos como la extracción de catarata con implantación de lente intraocular flexible por medio de facoemulsificación, lo que permitió una recuperación más rápida y menos incómoda para los pacientes y también con mejores resultados visuales; por otra parte, se logró una mejor preparación de los residentes de la especialidad que se graduarían con más habilidades quirúrgicas para atender a sus futuros pacientes; asimismo, se aumentó el número de cirugías de catarata ya que disminuyó el tiempo quirúrgico. Fueron atendidos 261 pacientes a lo largo de ese primer semestre de actividades del programa.¹⁸



Consulta externa



Cirugía oftalmológica

¹⁵ Informe anual del Director, presentado a toda la comunidad del Hospital Juárez de México, enero de 2009.

¹⁶ *Ibid.* p. 67.

¹⁷ *Ibid.* p. 68.

¹⁸ Primer informe anual del Director a toda la comunidad del Hospital Juárez de México. Enero 2007. A partir de entonces, quedó establecido que en la primera sesión académica del año, el Director daría un informe a todo el personal del Hospital resumiendo todas las actividades realizadas en el año anterior.

Con el fin de mejorar la percepción de calidad de los usuarios, se iniciaron obras de rehabilitación de las áreas físicas que, por el uso constante y también por la falta de mantenimiento preventivo se encontraban deterioradas. Las obras iniciaron en Consulta Externa, se pintó y se cambió el color de sus paredes, principalmente en los espacios dedicados a los pacientes, y de inmediato se logró un efecto positivo. Se cambió el mobiliario modernizando las sillas en las salas de espera y se cambiaron y modernizaron los módulos de recepción, además se colocaron pantallas de televisión con la finalidad de proyectar programas educativos y de entretenimiento para los pacientes y sus familiares. Se prestó especial atención en el cambio del mobiliario y el mejoramiento de todos los baños públicos, haciéndolos más dignos y cómodos para su uso. De manera simultánea se emprendió una tarea de reorganización del funcionamiento y agilización de los procesos de la consulta, para evitar los largos periodos de espera y la aglomeración de pacientes y familiares en esas áreas.¹⁹

Dentro de la reorganización se estableció un programa para regular la atención, tomando en cuenta el reordenamiento de las citas médicas, el control de las urgencias calificadas y, por ende, un mayor control de



Sala de espera renovada de consulta externa

los enfermos con padecimientos crónico-degenerativos, al ser detectados de manera oportuna, evitando así ingresos hospitalarios innecesarios y propiciando una mejor indicación de cirugía electiva.²⁰

El reacondicionamiento de áreas físicas y la ampliación de los servicios ofrecidos

Después de llevar a cabo el reacondicionamiento de algunas áreas físicas, así como la elaboración de los protocolos de atención para cada uno de los padecimientos, se logró la Acreditación en el Programa de Gastos Catastróficos y el CAUSES del Seguro Popular en cirugía de cataratas, en la atención de padecimientos oncológicos de los niños, en cáncer de mama y cérvico uterino y en el seguro para una nueva generación, que permitió la obtención de más ingresos para continuar con el mejoramiento de todas las áreas físicas y el equipamiento de los servicios.²¹

Se continuó con la remodelación de diferentes áreas, entre otras el Servicio de Urgencias Adultos, con lo que se mejoró su funcionalidad y seguridad, lográndose también el equipamiento necesario. En el área de Urgencias de Pediatría también se hicieron modificaciones para mejorar su distribución y optimizar sus espacios, con cubículos de aislamiento, de rehidratación y de observación de pacientes, así como más consultorios con el equipamiento necesario. Se diseñó un espacio amplio, cómodo y seguro, con los implementos necesarios para la administración de quimioterapia ambulatoria en los niños.²²

Algo destacable, por la localización geográfica del hospital y por la zona de influencia del mismo, en donde existe una importante zona industrial alternando con áreas de marginación y áreas semirurales, fue la apertura del primer Servicio de Toxicología Clínica en la parte Norte de la ciudad, en este centro, además de la atención a pacientes intoxicados por sustancias químicas, no necesariamente de abuso, así como envenenamientos y a los lesionados por animales ponzoñosos. Este Servicio ha proporcionado asesoría

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.* 18, p. 83.

²¹ Informe de autoevaluación presentado a la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, marzo de 2009.

²² Gaceta del Hospital Juárez de México, octubre de 2010, p. 15.

telefónica a otros hospitales o instituciones que lo han requerido para la atención de pacientes con algún tipo de problema de esta naturaleza. Es también un lugar donde se capacita a médicos en este campo por medio de cursos de posgrado, reuniones académicas y congresos de la especialidad.²³

Hospitalización

Los egresos hospitalarios se regularon a la par de la consulta externa, se disminuyó el número pero aumentó la complejidad. En el año 2000 se tenían 21 mil 404 egresos; para 2006, casi 20 mil, y para fines de 2009, 18 mil 249. Se logró que más de 40 por ciento de ellos se hicieran por la consulta externa. Otro indicador importante fue que los días de estancia promedio aumentaran de 4.7 en 2004 a 5.2 en 2009; este dato refleja mejor uso de las 550 camas del hospital.²⁴

La ocupación hospitalaria se estabilizó en 80 por ciento, con un índice de rotación superior a 30, debido a la alta rotación del Servicio de Gineco Obstetricia, que es menor de dos.

Por servicios la utilización del mayor número de días cama para el 2009 fue para el área de medicina interna, con 38.2 por ciento del total (109 mil 921).

El mayor número de egresos fue para cirugía (7 mil 771 de un total de 18 mil 236 egresos) pero con un promedio de estancia de 5.4 días.

El área de Gineco Obstetricia tuvo 2 mil 603 egresos con un promedio de 2.2 días de estancia hospitalaria, con utilización solamente de 5.2 por ciento de la totalidad de los días cama disponibles. Pediatría utilizó 20.1 por ciento del total de días de estancia (promedio de 7.6 días cama).

En relación a las causas de egreso hospitalario, el cáncer, y la atención de traumatismos y violencia, fueron las dos primeras causas; éstas eran importantes, la primera por el número de reingresos anuales y la segunda por la contribución al número de muertes inesperadas. El cáncer siempre fue un problema muy importante para la institución, en todas las dimensiones de la atención,

por ser un hospital de concentración y por el deficiente control de los pacientes, así como por los costos de los tratamientos.

Se puede mencionar que el cambio de la diabetes al tercer lugar entre las causas de ingreso hospitalario se pudo considerar como un indicador de éxito en la estrategia de reorganización de la atención en la consulta externa. La diabetes *mellitus* no figuró como causa de ingreso hospitalario, pero sí de consulta de primera vez y como segunda causa de defunción, sobre todo en pacientes mayores de 45 años.²⁵

La tasa de mortalidad bruta se mantuvo estable, y en relación a la mortalidad ajustada se mantenía una alerta para controlar la mortalidad en los servicios de urgencias, en la población con requerimientos de cuidados paliativos y sobre todo en el control de las



Nueva sala de quimioterapia pediátrica

²³ *Ibid.* 21, p. 148.

²⁴ Informe de autoevaluación presentado a la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, marzo de 2010.

²⁵ *Ibid.* 11, p. 116.

defunciones en la unidad *versus* el domicilio de los pacientes, con énfasis en el adulto mayor y en las enfermedades crónicas en todos los grupos de edad.²⁶

En cuanto a la atención quirúrgica, esta fue el área de atención hospitalaria que formó la esencia de las activi-



Pasillos de quirófanos en proceso de renovación



Quirófano modernizado

dades. Ocupó 43 por ciento de todos los egresos y a su vez 38 por ciento de los días cama totales de la unidad.

Se contaba con 11 quirófanos en la Unidad Quirúrgica Central, más dos quirófanos para cirugía ambulatoria de oftalmología; en esta especialidad se desarrolló una escuela quirúrgica de excelencia, lo mismo que en la cirugía maxilofacial y se inició la recuperación de la excelencia también en la cirugía ortopédica y de traumatología.²⁷

En 2009 se realizaron obras de gran envergadura, entre las principales la remodelación de los quirófanos centrales, algo urgente de realizar tomando en cuenta la vocación quirúrgica que siempre ha acompañado al Hospital Juárez de México, donde se han formado varias generaciones de eminentes cirujanos. Su reacondicionamiento después de 20 años de uso continuo, era urgente debido a la funcionalidad y seguridad de los pacientes y del mismo personal de salud. Los requerimientos de la regulación sanitaria actual y los avances en la normatividad, así como los criterios y estándares para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica emitidos por el Consejo de Salud General, hacían indispensable una intervención inmediata para renovar esta área vertebral del Hospital.

Se modernizó el recubrimiento de todas las paredes y pisos, con acabados de alta tecnología para el cumplimiento de observaciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), así como la reparación y modernización del sistema de aire acondicionado, líneas de alimentación eléctrica y gases medicinales. Se modificó la iluminación y se rehabilitaron de los techos de todos los quirófanos, así como del área de recuperación posanestésica y de los pasillos de circulación interna.

En una segunda etapa se realizó una remodelación semejante en la Unidad de Toco-Cirugía, donde se eliminaron espacios y cubículos innecesarios en la unidad quirúrgica, en los dos quirófanos y en las salas de expulsión y recuperación. Se hicieron todos los cambios necesarios en los recubrimientos de pisos y paredes para cumplir con las normas actuales de seguridad.²⁸

²⁶ *Ibid.* 11, p. 119.

²⁷ Gaceta del Hospital Juárez de México, octubre de 2010, p. 9.

²⁸ *Ibid.*, p. 10.

De 2005 a 2010 se mantuvo el número de eventos quirúrgicos entre 13-14 mil cirugías al año.

Se favoreció la disponibilidad de equipos de cirugía ortopédica de punta mediante artroscopia; así como del programa de cirugía laparoscópica a través de arrendamiento de equipo de tecnología avanzada en cirugía general, urología y ginecología, programándose también extenderla a la cirugía pediátrica, por lo que se envió personal médico para su entrenamiento en un centro de especialización de esta disciplina. En este periodo se incrementó la cirugía de cataratas dentro del programa de gastos catastróficos del Seguro Popular.

Se puso en marcha un plan de optimización de horas quirófano, aprovechando los espacios libres del turno matutino para adelantar cirugías electivas o bien cubrir la demanda de cirugías urgentes.²⁹

De manera importante se logró establecer la práctica de cirugía electiva los sábados y los domingos, no limitándose únicamente a la atención de urgencias, mediante el incremento del personal de anestesiología, de cirugía y de recuperación en esos días.³⁰

También se diseñó el Programa de Cirugía Segura, con todos los pasos necesarios para reducir los riesgos inherentes a estos procedimientos y se complementó con la publicación de un folleto y carteles que resumían todas estas actividades.³¹

En materia de seguridad del paciente, y dentro del Modelo de Cuidados de Enfermería, se pusieron en marcha tres programas: el primero fue la identificación del paciente con la colocación de una pulsera con su nombre, así como un letrero en la cabecera de su cama; en segundo lugar, la prevención de úlceras por presión con una participación muy destacada del grupo de enfermería, y finalmente, la prevención de caídas con la identificación y clasificación del riesgo que pudiera tener el paciente desde su ingreso y haciendo partícipes de este cuidado a los familiares.³²

El reporte de la productividad por cirujano fue de 90 procedimientos anuales en 2009, a diferencia de los 67

reportado en 2006, lo cual representó un incremento derivado del Programa de Disminución de Diferimiento Quirúrgico, en el que se optimizaron los tiempos para el aseo en sala y la coordinación de actividades con la finalidad de disminuir el retraso en la presentación del paciente al quirófano.³³

En el área de hospitalización, el 27 junio de 2007, el secretario de Salud, doctor José Ángel Córdova Villalobos, inauguró la Sala de Hemodinamia, dotada de nuevos equipos que serían complementados, en el curso de 2008, con tecnología de punta, permitiendo el acceso intravascular a distancia para el diagnóstico y corrección de alteraciones arteriales congénitas o adquiridas. El costo de la remodelación y equipamiento pudo ser solventado gracias a una generosa donación de la Fundación Gonzalo Río Arronte.³⁴

El Hospital Juárez de México se integró al programa de "Sigamos aprendiendo en el hospital" para que pacientes en edad pediátrica diagnosticados con alguna enfermedad crónica que requiriera de periodos prolongados de hospitalización, continuaran con su educación básica, para que una vez dados de alta, pudieran reintegrarse a sus actividades escolares sin



Unidad tocoquirúrgica rehabilitada

²⁹ *Ibid.* 15, p. 162.

³⁰ *Ibid.* 24, p.148.

³¹ Manual de Seguridad en cirugía Hospital Juárez de México. Bazan Soto Alberto, 2008.

³² Informe de autoevaluación presentado a la Junta de Gobierno, marzo de 2008, p. 110.

³³ *Ibid.* 11, p. 87.

³⁴ *Gaceta Hospital Juárez de México*, enero de 2008, p. 8.



Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Dr. José Adrián Rojas Dosal y Dr. Carlos Tena Tamayo



Sala de ginecoobstetricia remodelada

retraso en su actualización. Para esto se hicieron adaptaciones físicas en el cuarto piso de hospitalización en el área de pediatría en la que se instalaron mesas y sillas, así como material didáctico, contando con el sistema de *La Enciclopedia*.

Se hizo un convenio con la Secretaría de Educación Pública para que pudiera acudir un grupo de profesores que actualizaron a estos niños. En esta misma área, se adecuó un espacio como "*Ludoteca*", en la cual los pequeños contaban con medios de diversión y juguetes. Al poco tiempo se extendió el espacio para contar con un área de computadoras que fueron donadas por la SSA para que los pacientes también tuvieran acceso a estos medios educativos.³⁵

En el área de hospitalización se inició un programa de rehabilitación de todas las salas, empezando por una sala de Pediatría y una de Gineco Obstetricia con el cambio del recubrimiento de pisos y paredes, así como de las camas y mobiliario. Este programa debía ser permanente para lograr la rehabilitación de todas las salas del Hospital, lo mismo que de los baños asignados a los pacientes.³⁶

La epidemia de influenza

Un capítulo importante fue el que vivió el Hospital Juárez de México en abril y mayo de 2009, cuando se presentó en nuestro país la epidemia de influenza. En el Hospital se tomaron medidas emergentes para limitar los contagios y, a su vez, dar continuidad a la atención médica. Punto nodal fue el fortalecimiento a la seguridad del personal dedicado a la atención de los pacientes. Se limitó el acceso a los usuarios en las áreas de hospitalización y se suspendieron las cirugías electivas, dejando sólo los procedimientos de urgencia.

En una primera etapa se implementaron dos áreas de aislamiento que mostraban síntomas en los Servicios de Medicina Interna y de Pediatría; asimismo, se reforzaron las medidas de seguridad en las Unidad de Cuidados Intensivos dedicada a los pacientes más graves con los síntomas de la enfermedad.³⁷

Se difundió al personal la información disponible en

³⁵ *Ibid.*, p. 10.

³⁶ *Gaceta*, octubre de 2010, p. 18.

³⁷ *Ibid.* 24, p. 170.

ese momento para evitar manifestaciones de pánico o de rechazo a los enfermos. Con la finalidad de dar seguimiento a la epidemia, se creó un grupo multidisciplinario conformado por los directivos, médicos, enfermeras y personal administrativo quienes de manera diaria revisaban la problemática en el hospital, así como la disponibilidad de insumos necesarios para mantener la organización de los servicios médicos.³⁸

De acuerdo con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, al 14 de agosto de 2009, se habían hospitalizado 60 pacientes con síntomas de influenza, de los cuales 24 resultaron casos confirmados y 11 fallecieron. Considerando el periodo de abril a noviembre de 2009, se identificaron 59 casos sospechosos que correspondieron a trabajadores del hospital con 12 confirmados; en ese lapso se registraron 32 pacientes fallecidos, de los cuales 13 fueron confirmados por virus A H1N1, y los demás por otras causas, entre ellas neumonía o influenza estacional.³⁹

A finales de 2009 en el Hospital se atendieron en Urgencias a más de 1 mil 500 pacientes, de los que se detectaron 445 casos sospechosos, se confirmaron 113 casos con el virus A H1N1, se hospitalizaron 223 pacientes y se tuvieron en esa etapa 34 defunciones por neumonía atípica, de las cuales sólo 18 correspondieron a influenza pandémica. El tratamiento ambulatorio se administró a 352 pacientes.⁴⁰

Durante octubre de 2009 a enero de 2010, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital registró 351 casos sospechosos de influenza con 97 hospitalizados y 51 casos confirmados. En un análisis de sus cifras, la propia Unidad registró de agosto de 2009 a febrero de 2010, 499 casos sospechosos con 118 casos positivos. La mayor parte de los casos en el Hospital correspondió a hombres (55 por ciento) y en un rango de edad de población joven entre 15 y 29 años.⁴¹

A un año del inicio de la epidemia el número de pacientes sospechosos de haber contraído el virus había

disminuido de manera considerable, con sólo tres casos en abril de 2010; sin embargo, la letalidad se elevó cuando fallecieron dos de ellos por la tardanza en la atención en una unidad médica, de acuerdo con informes del Servicio de Epidemiología del Hospital.⁴²

El 5 de enero de 2010 se recibieron 2 mil 350 vacunas específicas contra A H1N1. Hubo cuestionamiento entre el personal de salud, incluyendo médicos, sobre la seguridad de la vacuna, de tal manera que más de un mes después sólo se habían aplicado 1 mil 840 dosis, y dado que varios trabajadores desistieron de aplicársela, se puso a disposición de la población en general.⁴³

Es conveniente destacar que el Hospital Juárez de México participó también con personal médico y de enfermería, en brigadas que acudieron al Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, para apoyar en la atención de pacientes con influenza, la experiencia obtenida previamente fue de gran ayuda para la resolución de los problemas médicos que se presentaron.⁴⁴

Servicios de apoyo y diagnóstico

En los servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, la productividad del laboratorio de análisis clínicos fue



La pandemia de influenza. Medidas precautorias

³⁸ *Ibid.* 24, p. 173.

³⁹ Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, oficio 367 del 14 de agosto de 2009.

⁴⁰ Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, nota informativa del 30 de noviembre de 2009.

⁴¹ Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, oficio 025 del 18 de febrero de 2010.

⁴² *Ibid.* 39.

⁴³ Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, oficio 027 del 24 de febrero de 2010.

⁴⁴ *Gaceta del Hospital Juárez de México*, enero de 2010, p. 8.

un reflejo del continuo incremento en la complejidad de los padecimientos que se atendían en el hospital y también de la implementación de nuevas tecnologías para la realización de las pruebas de laboratorio.

Estas nuevas técnicas se acompañaban de nuevos reactivos para efectuar pruebas múltiples, por lo que se revisó el registro para adquirir la comparabilidad necesaria; sin embargo, el laboratorio central se manejó con dos criterios básicos, alta disponibilidad y alta confiabilidad de los estudios.⁴⁵

En cuanto a los estudios de imagenología se incrementaron en 2009, debido al aumento de estudios en el área de urgencias y en cirugía, las cuales se elevaron en complejidad, la primera y en número la segunda. El promedio de estudios de imagenología en consulta externa fue de 2.3 estudios por paciente de primera vez; uno por paciente de urgencias y de 1.4 por paciente en hospitalización.

A través de un convenio, se logró el equipamiento y las instalaciones necesarias, para la digitalización de los estudios practicados, con la posibilidad de revisarlos y analizarlos con imágenes de mayor precisión y definición en monitores colocados en áreas de la consulta externa y hospitalización, esto permitía que los médicos tratantes pudieran verlos sin tener que desplazarse al



Interpretación de estudios radiológicos digitalizados

Servicio de Radiología; por otra parte, se pudieron valorar las ventajas en el almacenamiento de los estudios digitalizados que no requerían de tanto espacio físico, con disponibilidad inmediata para su revisión y evitando el extravío de los mismos. Este fue el primer paso para que en un plazo mediano se lograra la digitalización de toda la información y el manejo del expediente electrónico.⁴⁶

Se llevó a cabo la reorganización del banco de sangre, incrementando su productividad de manera importante, así como las medidas de seguridad en todos sus procedimientos, con el fin de garantizar la calidad de sus productos. Se diseñó e instaló una unidad de aféresis con cuatro máquinas para el recambio plasmático/terapéutico, con capacidad para realizar procedimientos como la plaquetaféresis, eritroféresis, leucoféresis y colección de células progenitoras hematopoyéticas en sangre periférica.⁴⁷

Enseñanza

En el rubro de la enseñanza se estableció como principio, la remodelación y la actualización de los espacios académicos para que las condiciones fueran propicias, fue remodelada la bibliohemeroteca y todas las aulas de la Unidad de Enseñanza se adecuó un área como *Centro de Adiestramiento Quirúrgico* que, por medio de un convenio con la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, obtenían cadáveres y se renovaban cuando era necesario; esto permitió que los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas pudieran realizar prácticas para mejorar sus habilidades. También en estas áreas se hizo la adecuación de espacios para la consulta en medios electrónicos y la construcción de cinco aulas más en la misma Unidad, todo esto no tardó en ser inaugurado y en rendir los frutos esperados.⁴⁸

Del Hospital Juárez de México egresan anualmente 116 médicos formados en especialidades y subespecialidades, las cuales se incrementaron en los cinco años de gestión, de 24 a 32, agregándose principalmente

⁴⁵ *Ibid.* 11, p. 117.

⁴⁶ *Ibid.* 24, p. 141.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 154.

⁴⁸ *Ibid.* 21.

subespecialidades quirúrgicas, que es la vocación del Hospital. Entre las ocho nuevas subespecialidades se encontraban aquellas que dan precisión al diagnóstico y tratamiento con un enfoque claro de mayor beneficio para el paciente.

El total de residentes en formación era de 371, los cuales tenían responsabilidades claves para su aprendizaje, ya que una vez completa su preparación se integraban a equipos de salud en toda la República Mexicana y en otros países. Se contaba con 12 alumnos extranjeros y con un grupo de 156 residentes en rotación externa.⁴⁹

En formación estaban 488 médicos en cursos de pregrado, 81 en internado de pregrado y 49 en servicio social, lo cual agregaba un valor fundamental al Hospital, que era la actualización y la frescura académica de los jóvenes formaban en él.⁵⁰

El Hospital Juárez de México contó con una escuela de enfermería, “La Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud”, con un total de 289 enfermeras matriculadas y que tienen como campo clínico el Hospital en todos los turnos. Esta escuela tiene el nivel de licenciatura, que sustituyó al nivel básico con el objeto de for-

mar cuadros de enfermeras especialistas y con posgrado en administración y ciencias.⁵¹

Teniendo como objetivo alcanzar la vanguardia tecnológica y científica, se consideró indispensable la formación de médicos con un alto sentido de pertenencia, iniciándose desde la residencia, por lo que era



Nueva unidad de aféresis en el área de Banco de sangre



Nuevas instalaciones de enseñanza

⁴⁹ *Ibid.* 24.

⁵⁰ *Ibid.* 24, p. 48.

⁵¹ *Caceta del Hospital Juárez de México*, enero 2010, p. 15.

importante que el Hospital diera oportunidad a la formación de profesores y alumnos, entre otras acciones, permitiendo la asistencia a congresos y reuniones académicas, donde confrontaban sus conocimientos con los de otros profesionales de alto nivel.

La dinámica de los procesos de enseñanza aprendizaje se fortaleció con el contacto y la formulación de convenios de colaboración educativa con instituciones



Práctica de cirugía de hueso temporal



Curso de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) impartido por la Dirección Médica de la Cruz Azul

académicas, tales como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN), así como cinco entidades educativas privadas, con las cuales el principal punto de acuerdo fue la adaptación de nuevos conocimientos y técnicas operativas a los diversos programas de estudio de las carreras de medicina, enfermería y odontología.⁵²

También se dio inicio al curso *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) con la participación, muy entusiasta, del doctor Javier Oliva Vega, director de este curso en la cementera Cruz Azul. El doctor Oliva Vega había sido cirujano y profesor de cirugía en el Hospital Juárez, lo que contribuyó a la entrega y el cariño con las que se impartieron estos cursos. Todos sus alumnos reconocieron la personalidad afable y amistosa del doctor y a partir de entonces se han programado dos cursos al año, con lo que se abrió la opción para que asistan a ellos los médicos adscritos y los médicos residentes de manera separada, situación lógica dadas las diferencias del nivel de formación existentes entre ambos grupos.⁵³

Considerando la importancia y la relevancia, para una buena atención de los pacientes, del Servicio de Enfermería se facilitó la capacitación y la profesionalización de todas sus integrantes mediante la asistencia a cursos de actualización en las diferentes especialidades, así como a diplomados y a cursos de formación de posgrado como de las maestrías. Por otra parte, también se inició el proceso de certificación de algunas de ellas que serían una realidad en los años subsiguientes.⁵⁴

Investigación

Aunque la vocación del Hospital Juárez de México siempre ha sido la atención de los pacientes, se contó con investigación básica, clínica y epidemiológica y se realizaron esfuerzos importantes para que la investigación fuera un 60 por ciento orientada a prioridades nacionales de salud y 40 por ciento restante orientada hacia el descubrimiento de conocimientos de vanguardia.

En promedio se contó con 75 protocolos en marcha de los cuales se concluían 20 anualmente. Siempre se

⁵² *Ibid.* 24, p. 177.

⁵³ *Ibid.* 21, p. 184.

⁵⁴ *Gaceta del Hospital Juárez de México*, enero de 2010, p. 15.

buscó terminar el ciclo integral desde la concepción de la idea, hasta la publicación y la presentación nacional o internacional del conocimiento generado.

En 2009 se contó con 10 investigadores en el Sistema Institucional y tres en el Sistema Nacional de Investigadores. El personal total de esta área era de 49 personas, incluidos auxiliares de laboratorio y otros profesionales involucrados, pero la fuerza más importante la constituyó siempre el área clínica, en donde se generaba el mayor número de proyectos de investigación.⁵⁵

Durante los cinco años reseñados, el Hospital Juárez de México acudió a la Reunión Anual de Investigación convocada por la Coordinación de Institutos, para presentar trabajos realizados en él. Curiosamente, en los cinco años se participó con investigaciones del área de oftalmología que fueron bien comentados por los participantes.

En el 2010 se firmó un convenio de colaboración con el CINVESTAV, en el que se establecía la apertura y la participación bipartita en nuevas líneas y trabajos de investigación, con lo que se esperaba que la investigación básica se acercara a las necesidades de la clínica, en la búsqueda de soluciones para la patología tratada en dependencias como el Hospital Juárez de México.⁵⁶

Actividades académicas

Como en todos los hospitales donde se llevan a cabo actividades de docencia, en el Hospital Juárez de México se tuvieron sesiones generales, reuniones de los diferentes servicios para discusión y análisis de problemas, así como cursos intra y extra hospitalarios; sin embargo, es conveniente reseñar la reunión que, con motivo de la celebración del XX Aniversario de la nueva sede del Hospital Juárez de México, se llevó a cabo del 18 al 20 de marzo de 2009, con el Coloquio titulado “Nuevos Retos de la Medicina”, en el que participaron las Academias de Medicina, de Cirugía y de Pediatría.

La Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) abordó los temas “Accesibilidad y equidad en los servicios de salud”, “La medicina genómica en la salud de los mexicanos” y “Una perspectiva sobre la salud en México. Por su parte, a la Academia Mexicana de Ciru-

gía (AMC) correspondió exponer “Medicina regenerativa o trasplante de órganos”, “Cirugía metabólica”, “El sustento experimental de las nuevas tecnologías” y “Cirugía de alta tecnología”. La Academia Mexicana de Pediatría también trató temas de actualidad: “Nuevos tóxicos y nuevas sustancias de abuso”, “Nutrientes y nutracéuticos preventivos”, “Niños desprotegidos y maltrato y abuso”, así como “Obesidad en los niños”. Todos estos temas fueron tratados por distinguidos académicos y contaron con una numerosa audiencia.⁵⁷

En el mes de agosto el Hospital Juárez celebró 160 años de prestación de servicios y se consolidó como una institución hospitalaria de gran importancia y trascendencia en México.

COLOQUIO
"NUEVOS RETOS DE LA MEDICINA"
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Academia Mexicana de Pediatría
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
XX ANIVERSARIO DE LA SEDE DEL H.J.M.

18 DE MARZO DE 2009 ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PONENTES:
Dr. Manuel Ruiz de Chávez (Presidente ANM)
Dr. Guillermo Soberón Acosta
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Dr. Héctor Argente Gae
Dr. Manuel de la Liza
Mto. Daniel Koram Toumei
Dr. Gerardo Jiménez Sánchez
Dr. José Adrián Rojas Dozal

TEMAS:
•La accesibilidad y equidad en los Servicios de Salud. Una demanda social
•La Medicina Genómica en la salud de los mexicanos
•Una perspectiva sobre la salud en México.

19 DE MARZO DE 2009 ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

PONENTES:
Dr. Jorge Elias Dib (Presidente AMC)
Dr. Rubén Anguero Sánchez
Dra. María de Jesús Nieto Lugo
Dr. Rafael Álvarez Conzato
Dr. Antonio Carrasco Rojas
Dr. Rafael Rodríguez Cabrera
Dr. Jesús Tapia Jurado
Dr. Virgilio Lima Gómez
Dr. Diego de la Torre González
Dr. Alejandro Treviño Becerra

TEMAS:
•Medicina regenerativa ó Trasplante de Órganos.
•Cirugía Metabólica.
•¿Cuál es el sustento experimental en las nuevas tecnologías quirúrgicas?
•Cirugía de alta tecnología.

20 DE MARZO DE 2009 ACADEMIA MEXICANA DE PEDIATRÍA

PONENTES:
Dr. Jesús Trinidad López (Vicepresidente AMP)
Dra. Patricia Escobar Gálindo
Dra. Abigail Aguilar Contreras
Dr. Juan Elías Viquez Guerrero
Dr. Orestor Quevedo Perazo
Dr. Arturo Loredo Abadía
Dra. Gloria Elena López Navarrete
Dra. Conna García Pifa
Dr. Jesús A. Profeta Serrallón

TEMAS:
•Nuevos tóxicos y nuevas sustancias de abuso
•Nutrientes preventivos y Nutracéuticos
•Niños desprotegidos: Maltrato, abuso, negligencia
•Obesidad en niños: Un grave problema actual con repercusión a futuro.

AUDITORIO "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5100 Col. Magdalena de las Salinas
Delegación. Gustavo A. Madero
Tel: 57 17 75 90 email: hospitaljuarez@cmopaco@hotmail.com

Celebración del XX Aniversario de la nueva sede del Hospital Juárez de México

⁵⁵ *Ibid.* 24.

⁵⁶ *Gaceta del Hospital Juárez de México*, julio de 2010, p. 10.

⁵⁷ *Ibid.* 24.

Convenios

El establecimiento de los lineamientos para la configuración de redes de atención médica, entre las cuales destaca la derivada de acuerdos entre la Secretaría de Salud Federal y las autoridades de salud del Estado de México, permitió el esbozo de una Red Metropolitana de Atención Médica destinada a coordinar y hacer posible la integración de servicios en la zona conurbada del valle de México, que en años posteriores llevaría al Hospital Juárez de México al establecimiento de convenios con los estados de Hidalgo y Tlaxcala.

Se firmaron convenios de vinculación para la atención de pacientes, así como para la formación de Recursos Humanos e investigación, con el Hospital General de México, el Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz, la ANMM, la AMC y las secretarías de salud de Tlaxcala, Hidalgo, Chiapas y Campeche.⁵⁸

También se firmó un convenio con la delegación Miguel Hidalgo para realizar una campaña de cirugía de cataratas, proceso en el que el Hospital Juárez de México tenía ya una amplia experiencia por su participación en estos eventos en diversos estados del país.⁵⁹

Con el objetivo de dotar al Hospital Juárez de México de un acervo artístico, se hicieron convenios con diferentes artistas plásticos para que expusieran sus obras en sus instalaciones, de esta manera serían conocidas y admiradas por un público conformado por pacientes, familiares y trabajadores de la institución. Al terminar esta exposición, era donada una de sus obras al hospital. Así inició este acervo artístico, que con el tiempo deberá ser mejorado e incrementado.⁶⁰

Administración

Los recursos financieros del Hospital Juárez de México son regulados, por norma, por la SSA y dependen de los ingresos federales, de los ingresos propios del Hospital y en vías de regularización, de los ingresos de terceros que proceden de proyectos de investigación o proyectos educativos de las áreas de educación continua, así como de la Escuela de Enfermería.

Es necesario recordar que si no se cuenta con los recursos financieros necesarios, en los hechos, se limita la atención de los pacientes, no sólo en cuanto a la realización de procedimientos o al diferimiento, sino también en cuanto a las condiciones elementales para la prestación de los servicios, esto es, los materiales de curación, los medicamentos y la tecnología médica.

Por este motivo, en la gestión de la Dirección de Administración en este periodo, se promovieron acciones para fortalecer la viabilidad presupuestal y técnica del Hospital, por medio de algunas estrategias como fueron: mejorar la captación de los ingresos propios, el gestionar ante las autoridades para incrementar el presupuesto federal y de manera simultánea elevar y mejorar los niveles de abasto de medicamentos y materiales de curación.

Los resultados de estas estrategias se vieron plasmadas al duplicar la captación de los ingresos propios, sin modificar las cuotas de recuperación aportadas por los pacientes; también se logró que los niveles de abasto de medicamentos y de materiales de curación se incrementaran en más de 50 por ciento en relación con el año 2006, alcanzando un porcentaje de abasto de 96.5 por ciento al término de esta gestión.

Los recursos financieros se incrementaron de 695 Mdp en 2006 hasta 902 Mdp en 2009, lo cual tuvo una relación directa con el fomento del financiamiento de las unidades médicas dependientes de la SSA y particularmente por programas específicos como el Seguro Popular, que apoyó al Hospital financiando los gastos catastróficos derivados de padecimientos que requerían de atención de alta especialidad, como en los caso de cáncer, cataratas y la modalidad de la Nueva Generación.⁶¹

En el caso del HJM hubo también, como parte muy destacada, la mejora en la gestión de financiamientos, en el uso racional de los recursos y en el control de las pérdidas, derivadas de las malas prácticas de trabajo y del desperdicio de materiales de consumo y medicamentos, así como de extravíos e inseguridad.

⁵⁸ *Ibid.* 21.

⁵⁹ *Ibid.* 32.

⁶⁰ *Gaceta del Hospital Juárez de México*, julio de 2010, p. 4.

⁶¹ *Ibid.* 24, p. 188.

Del presupuesto total del Hospital se tuvo una participación creciente de los ingresos propios desde 9 hasta 11.5 por ciento, que implicó ascender de diez hasta casi 112 millones de pesos. Esta contribución fue muy importante por la gestión exitosa de los recursos del Seguro Popular.

En el aspecto financiero se presentaron oportunidades como la mencionada del Seguro Popular y algunas debilidades, como el control automatizado generalizado de los recursos; amenazas como la inestabilidad monetaria que encareció los medicamentos y materiales de uso cotidiano en la atención, así como los reactivos de laboratorio e imagenología.

En relación con los recursos humanos, se fortaleció la plantilla de personal en el área médica; este crecimiento de 15 por ciento mejoró los servicios, sobre todo frente al cambio de perspectiva de los padecimientos a los que se enfrentaba el Hospital. La plantilla de personal administrativo se mantuvo por debajo de 20 por ciento.

En este rubro, las políticas de la Dirección General siempre fueron claras, con respeto irrestricto a los derechos del personal, relaciones sanas con el Sindicato,

capacitación y formación profesional, educación continua y actualización, y finalmente respeto la superación laboral interna.

En cuanto al clima laboral, siempre fue positivo excepto al inicio de la gestión ya que existía una inquietud y un malestar de gran parte del personal, generados desde años antes por el uso del estacionamiento del Hospital, que había sido abierto al público en general con el fin de generar recursos económicos. Esto dio lugar a abusos y a que los trabajadores no tuvieran espacios para estacionar sus vehículos en sus horarios de trabajo; por otra parte, el descuido y la falta de mantenimiento hacían más incómodo el uso de las instalaciones. Por ello, se decidió modificar el funcionamiento de estos espacios para recobrar su privacidad y además se llevó a cabo un proceso de rehabilitación y mejoramiento del estacionamiento, con lo que se logró una respuesta favorable de los trabajadores. Este fue el inicio de un proyecto más amplio y ambicioso para emprender un programa de trabajo en mantenimiento y rehabilitación de todas las áreas del Hospital, mismo que ya han sido mencionadas.⁶²



Modernización del hospital

⁶² *Ibid.* 31.

Certificación

Del 2 al 6 agosto de 2010 se llevó a cabo, sin el menor contratiempo, el Proceso de Certificación por el Consejo de Salubridad General, realizado con criterios internacionales, con base en el rastreo de pacientes y de sistemas. Para ello, el Hospital se había preparado durante varios meses mediante la formación de grupos multidisciplinarios enfocados en la revisión de cada uno de los conceptos que serían verificados, cuando no se encontraban completos o vigentes, estos grupos se abocaban a su solución. De esta manera, el Hospital enfrentó con gran prestancia este evento, y para finales de octubre, el Consejo de Salubridad General comunicó al HJM que había logrado su certificación, que quedaba condicionada al cumplimiento de algunos rubros pendientes que deberían ser atendidos y solucionados en los siguientes seis meses.⁶³

El proceso de descentralización también quedó finalizado luego de cumplirse todos los procedimientos legales y administrativos obligados. De esta manera la transición que se inició por un decreto, se formalizó en todos sus conceptos, desde la autonomía financiera y técnica, con un rediseño organizacional e implementación de políticas encaminadas a lograr una mejor gestión hospitalaria con mejora de los estándares de

calidad y seguridad en la atención médica. No se trató de sólo un cambio administrativo y jurídico, sino que se vinculó a una nueva etapa en la vida institucional para construir un modelo de atención centrado en el paciente. Esto fue informado a la Junta de Gobierno.⁶⁴

Conclusiones

No cabe duda que el Hospital Juárez de México ha tenido en su existencia de más de un siglo y medio, una evolución no siempre uniforme ni tersa, casi siempre con altibajos y en algunos momentos con verdaderas situaciones críticas para poder continuar con su misión; sin embargo, siempre ha logrado volver y mantenerse, dando ejemplo de su fortaleza.

En esta última gestión reseñada en el presente capítulo, se considera que el HJM se ha convertido en un Hospital moderno dentro del contexto nacional, en cinco años de intenso trabajo queda situado en un lugar preponderante para la prestación de servicios médicos y quirúrgicos de calidad a la población más desfavorecida desde el punto de vista económico y social.

Para el cuerpo directivo estaba claro el compromiso de abordar los grandes retos que representaban los cambios epidemiológicos, sociales, demográficos y políticos a los que la institución debía enfrentarse. El haber partido de un análisis estratégico sobre las condiciones que privaban en el Hospital, permitió aprovechar sus fortalezas y a partir de ahí construir condiciones que lograran el desarrollo de una voluntad de superación en todos los ámbitos, rompiendo viejos esquemas del manejo tradicional de un hospital y de la cultura organizacional prevaleciente, porque el momento exigía cambios, entre otros, la utilización adecuada de los recursos, rendición de cuentas con transparencia y la obtención de resultados en la atención médica y quirúrgica acorde con los avances científicos y médicos de la medicina moderna.

Se asumió una política de eficiencia basada en competencias profesionales propiciando la capacitación de los recursos humanos, que es lo máspreciado en



Fachada del hospital

⁶³ Oficio del Consejo de Salubridad General dirigido al Director del Hospital Juárez de México, en donde se comunica el Acuerdo tomado por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica el 12 de octubre de 2010.

⁶⁴ *Ibid.* 24.

una institución como ésta, promoviéndose también la mejora del clima laboral en todos los ámbitos.

Hubo logros en proyectos de innovación en los que la organización era el mayor reto, como fue la consulta de urgencias y la consulta externa, en donde se formó un círculo virtuoso que deberá continuarse y mejorarse.

Factor prioritario fue reemplazar y mejorar el equipamiento médico y quirúrgico, así como también el de diagnóstico y de tratamiento, incorporando los adelantos tecnológicos necesarios para tener una atención de calidad, ya que ésta va de la mano con la vanguardia tecnológica y con el conocimiento.

Al ser tradicionalmente un hospital escuela, se dio una gran relevancia a la rehabilitación y ampliación de las instalaciones, los recursos y el equipamiento, para que todo el proceso de aprendizaje se mejorara.

Se logró concluir el desafío que significó la conducción de los trabajos de descentralización del Hospital Juárez de México en su nueva figura como organismo público descentralizado, con el compromiso de generar recursos propios para invertirlos en las mejoras de infraestructura y ser cada vez más eficientes en el manejo honesto y transparente de los mismos.

Un logro adicional y muy relevante fue obtener la Certificación por el Consejo de Salubridad General, hecha bajo estrictos estándares nacionales e internacionales, por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica; esto tuvo un gran significado para el Hospital Juárez de México ya que dejó ver los esfuerzos y los avances continuos que realizó la institución durante este periodo para mejorar la calidad de los servicios y la seguridad brindada a los pacientes.

En diciembre de 2010 fue nombrado un nuevo Cuerpo Directivo, encabezado por el doctor Antonio Manrique, que quedó a cargo de la conducción del Hospital.

El futuro del Hospital Juárez de México se avizora promisorio; quedan todavía retos por vencer, pero el capital humano con el que cuenta esta institución, que siempre ha mostrado una profunda convicción de servicio, le permitirán continuar en el sendero del progreso y del éxito.



Dr. José Adrián Rojas Dosal

Directores del Hospital Juárez de México

Sor Micaela Ayanz (encargada del Hospital), 1847

Dr. Luis Hidalgo y Carpio, 1850

Dr. Ignacio Alvarado, 1869

Dr. Mariano Zúñiga, 1875

Dr. Maximiliano Galán, 1877

Dr. Antonio Velasco, 1879

Dr. Adrián Segura, 1880

Dr. Juan Collantes y Buenrostro, 1883

Dr. Tobías Núñez, 1886

Dr. Agustín Reyes, 1888

Dr. Luis E. Ruiz, 1891

Dr. Manuel Soriano, 1893

Dr. Gregorio Mendizábal, 1896

Dr. Fernando Zárraga, 1896

Dr. Gregorio Mendizábal, 1906

Dr. Germán Díaz Lombardo, 1911

Dr. Ulises Valdez, 1912

Dr. Gabriel Malda, 1912

Dr. Germán Díaz Lombardo, 1913

Dr. Fandila R. Peña, 1913

Dr. Germán Díaz Lombardo, 1914

Dr. Eduardo Fritsch, 1915

Dr. Adrián de Garay, 1915

Dr. Adolfo Oribe, 1915

Dr. Gilberto de la Fuente, 1916

Dr. Francisco Castillo Nájera, 1919

Dr. Felipe Ferrer Beynon, 1919

Dr. J. Guadalupe Gracia García, 1920

Dr. José Torres Torija, 1921

Dr. José Castro Villagrana, 1929
Dr. Rubén Leñero, 1938
Dr. José Castro Villagrana, 1938
Dr. Rafael Ramos Méndez, 1939
Dr. Gustavo Gómez Azcárate, 1941
Dr. Miguel Lavalle Martínez, 1946
Dr. José Aguilar Álvarez, 1950
Dr. Carlos Aguirre, 1954
Dr. Rafael Martínez Zamudio, 1959
Dr. Jesús Acosta Ysais, 1961
Dr. Eduardo Castro de la Parra, 1963
Dr. Mario García Ramos, 1967
Dr. Jesús Acosta Ysais, 1969
Dr. Jacinto Arturo Sánchez, 1971
Dr. Jesús Aguilar Rodríguez, 1981

Sistema Juárez 1986

Dr. Roberto Pérez García. Juárez I
Dr. Salvador López Antuñano. Juárez II
Dr. Pablo Miranda Fraga. Juárez III
Dr. Jorge A. del Castillo Medina. Juárez III
Dr. Manuel Velasco Siles. Juárez IV
Dr. José Ma. Sánchez Cabrera. Juárez IV

Hospital Juárez de México

Dr. Manuel Velasco Suárez
Dr. César Vargas Martínez, 1989
Dr. Heriberto Pérez Terrazas, 2003
Dr. José Adrián Rojas Dosal, 2005

Agradecimientos generales

Academia Nacional de Medicina de México
Archivo personal del Dr. Arturo Córdova Saldaña
Archivo personal del Dr. Carlos Lavallo Montalvo
Archivo personal del Dr. Carlos Viesca Treviño
Archivo personal del Dr. César Vargas Martínez
Archivo personal del Dr. José Adrián Rojas Dosal
Archivo personal del Dr. Luis Higgins
Coordinación Ejecutiva del Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM
Daniel Cobian Coronado
Eneas
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Museo Nacional de Historia, Conaculta , INAH-MEX
Página web “Edificios de México” (<http://www.edemx.com>), y a su autor, Iván Torres
Página web “Imagen médica”
Página web “Wikipedia: la enciclopedia libre”
Periódico *La Jornada*

Fuentes consultadas

Capítulo 1

- Beuchot M (Introd. y selección). *Antología de fray Alonso de la Veracruz*. Morelia, Mich. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1988 (Centro de Estudios sobre la Cultura Nicolaita).
- Chávez Sánchez E. *Historia del Seminario Conciliar de México*. México, Editorial Porrúa, tomo I, 1996.
- Ezquerro Peraza R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos*. México, Merck, 1934, 71 pp.
- González Obregón L. *Las calles de México* (vol. I). México, Manuel León Sánchez, 1927.
- Jaramillo Escutia R. *La Educación del Agustino en la Época Novohispana* (artículo en prensa, 23 pp.)
- Rivera Cambas M. *México pintoresco, artístico y monumental*. México, tomo II.
- Rodríguez O. "Dr. Ladislao de la Pascua". *Rev Cent Dermatol Pascua* 2004; 13 (1): 9-14.
- Rodríguez Paz C, Carreón Bringas RM. "El inicio del manejo del traumatismo en la Ciudad de México (1847-1914)". *Gac Méd Méx* 2005; 141 (2). Consultado en: www.scielo.org
- Vargas R. "Los hospitales de sangre de la ciudad de México y la invasión norteamericana de 1847", en: *Cuadernos para la Historia de la Salud*, México, Secretaría de Salud, 1995, pp. 113-130.
- Velasco Ceballos R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos*. México, E. Merck, 1934.

Archivo consultado

- Archivo Histórico del Distrito Federal (AHDF).

Capítulo 3

- Academia Nacional de Medicina. "Revista extranjera. La aplicación del teléfono a la medicina". *Gaceta Médica de*

México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina 1878; 13 (36): 706-707.

- Academia Nacional de Medicina de México. "Breve juicio de la Medicina Legal Mexicana de los profesores D. Luis Hidalgo Carpio y D. Gustavo Ruiz y Sandoval, por el Dr. D. Juan Calixto Oxamendi". *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1879; 14 (2): 37-40.
- Agostoni C. Monuments of progress. *Modernization and public health in Mexico City, 1876-1910*. University of Calgary Press, University Press of Colorado. Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM. 2003.
- Del Olmo Araiza C. *Medicina en el siglo XIX mexicano: el Hospital Juárez 1847-1899*. Tesis de licenciatura en historia. Asesora Patricia Aceves Pastrana. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. 1999.
- García Sepúlveda F. *Estadística general del Hospital Juárez*. Tesis para el examen profesional de medicina y cirugía. México. 1896.
- Jiménez LM. "Hospitales de México". En *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1874; 9 (12): 228-232.
- Martínez E. "Memoria sobre le tifo". *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1881; 16 (23): 410-424.
- *Memoria que el oficial mayor encargado de la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación presenta al Séptimo Congreso Constitucional*. México. Imprenta del Gobierno en Palacio. 1874.
- *Memoria que el secretario de Estado y del Despacho de Gobernación presentó al Congreso de la Unión el día 14 de diciembre de 1877*. México. Imprenta del Gobierno en Palacio. 1877.

- Memoria que el secretario de Estado y del Despacho de Gobernación presenta al Congreso de la Unión, correspondiente al tiempo transcurrido desde el 15 de diciembre de 1877 hasta el 31 de diciembre de 1878. México. Imprenta del Gobierno en Palacio. 1879.
- Memoria que el secretario de Estado y del Despacho de Gobernación presenta al Congreso de la Unión, correspondiente al período transcurrido del 1º de enero de 1879 al 20 de noviembre de 1880. México. Tipografía de Gonzalo A. Esteva. 1881.
- Memoria presentada al C. Lic. Manuel Romero Rubio, Secretario del Estado y del Despacho de Gobernación por el General José Ceballos, gobernador del D. F. y que comprende los años de 1886 y 1887. México. Eduardo Dublán y Comp. Impresores. 1888.
- Mejía D. "La medicina en nuestros días. El decantado sacerdocio médico: cómo debe entenderse en realidad. Medicina propiamente dicha. Cirugía". En *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1892; 28: 417-428.
- Núñez T. "Algunas consideraciones sobre las heridas penetrantes de vientre". *Gaceta Médica de México* 1878; 13 (22): 423-429.
- Núñez T. "Herida del brazo derecho, por arma de fuego, complicada de fractura cominutiva del húmero". *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1879; 14 (17): 346-352.
- Núñez T. "Métodos de curación: empaque algodónado (ouaté de Guerin) y antiséptico de Lister". *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1881; 16 (10): 161-175.
- Orvañanos D. *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República Mexicana*. México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento. 1889. Versión digital disponible en: <http://biblioweb.dgsc.unam.mx/libros/index.html>
- *Reglamento de la Proveduría General para el abasto de los establecimientos que están hoy a cargo de la Beneficencia Pública*. México. Imprenta de la Escuela de Artes y Oficios en el Tecpan de Santiago. 1877.
- Romero S. *Algunos apuntes sobre la historia, higiene y estadística del Hospital Juárez*. México. Santiago Sierra Tipógrafo. 1877.
- Ruiz LE. "Análisis de la leche". *Gaceta médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1887; 22 (11): 214-226a.
- Ruiz LE. "Análisis del Agua". *Gaceta médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1888; 23 (9): 185-195.
- Ruiz y Sandoval G. "Estadística médica". *Gaceta médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1877; 12 (1).
- Segura A. "Patología general". *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1874; 9 (5): 77-84.
- Soriano M. "Estadística del Hospital 'Juárez' correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre de 1888". En *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1888; 23 (21): 433-452.
- Soriano M. "Estadística del Hospital 'Juárez'. Observaciones relativas a la estadística de julio, agosto y septiembre 1888". En *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina* 1888; 23 (22): 455-468.
- Suárez Escobar M. "Discursos, enfermedad y política en la última década del siglo XIX en México". *Tiempo y escritura*, publicación electrónica de la Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco, sección Historia, núm. 3.
- "Testimonio de la muerte de Juárez por su doctor Ignacio Alvarado". Carlos Obregón Santacilia, Del álbum de mi madre. México, 1956. Disponible en: http://www.biblioteca.tv/artman2/publish/1872_173/Las_Itimas_horas_de_su_vida_Por_Ignacio_Alvarado.shtml.
- Velasco Ceballos R. *El Hospital Juárez. Antes hospital municipal de San Pablo*. 2ª ed. México. 1947.

Capítulo 4

Archivos

- Archivo General de la Nación, Ramo: Gobernación Sección 4ª.
- Archivo Histórico de la Escuela Nacional de Medicina, Fondo Escuela de Medicina y Alumnos.
- Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Fondo: Beneficencia Pública, Serie: Hospital Juárez.

Hemerografía

- *Gaceta Médica*, periódico de la Academia Nacional de Medicina de México.

Bibliografía consultada

- Agostoni C. "La salud pública durante el México porfiriano (1876-1910)" en Viesca Treviño, Carlos (coordinador) *Historia de la Medicina en México*. Temas selectos. México, UNAM, 2007, p. 254.
- Agostoni C. *Monuments of progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*. Canadá, University of Calgary Press-University Press of Colorado-IIH, UNAM, 2003. 228p. (Latin American and Caribbean Series)
- Aguirre Arvizu V. *De la Beneficencia a la Asistencia Pública en México (1876-1940)*. Tesis de Licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. México, D.F., 2000.
- Bustamante ME. "La situación epidemiológica de México en el siglo XIX", en Enrique Florescano y Elsa Malvido (compiladores). *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. 2 v. México, IMSS, 1982, pp. 425-476.
- Castellanos MC. "Cloacas y letrinas en la Ciudad de México: el problema de las excretas humanas (1769-1900)", en Cuadernos para la historia de la salud. México, Oficialía Mayor-Centro de Documentación Institucional-Departamento de Archivo Histórico, 1993. pp. 29-44.
- Ezquerro Peraza R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos*. México [s. e.] 1934. 71 p.
- García Sepúlveda F. *Estadística general del Hospital Juárez*. México, 1896. 44 p. Cuadros estadísticos.
- Herrera Alcántara J. "¿Quiénes introdujeron, en México, los rayos X y el radio en Medicina?". *Medicina. Revista Mexicana* 1947; XXVII (536): 321-339.
- Olmo C. *Medicina en el siglo XIX mexicano: el Hospital Juárez 1847-1889*. México, UNAM, 1999. 105 p. Tesis para obtener el grado de licenciada en Historia.
- Rodríguez ME. *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*. México, UNAM, 2008. 220 p. (Monografías de Historia y Filosofía de la Medicina, 5).
- Rodríguez de Romo AC. "La biomedicina en el México de la Segunda Mitad de siglo XIX", en Carlos Viesca Treviño (coordinador) *Historia de la Medicina en México*. Temas selectos. México, UNAM, 2007.
- Roeder R. *Hacia el México Moderno: Porfirio Díaz*. Vol I. México, FCE, 1996.
- Velasco Ceballos R. *El Hospital Juárez. Antes Hospital*

Municipal de San Pablo. 2ª. ed. México [s. e.] 1947. 426 p.

- Zafra A. *Algunas aplicaciones de los rayos X a la cirugía y a la medicina*. Tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia. México, Escuela Nacional de Medicina de México, 1897. 42 p.

Capítulo 5

Hemerografía

- González Ureña J. "Comunicación preliminar sobre el cultivo del bacilo de Hansen en México y sobre la preparación de la vacuna antileprosa llamada Leprolina de Rost-Nueva forma de aplicación del aceite de Chaulmoogra. Sesión del 22 de octubre de 1913", en *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina*. 3ª Serie, tomo VIII, número 11, noviembre de 1913, pp. 297-301.
- Otero M. "Breves apuntes sobre las fracturas del cráneo. Importancia de la silla turca en la arquitectura del mismo", en *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina*. 3ª Serie, tomo X, números 9-12, septiembre a diciembre de 1915, pp. 405 y 406.
- Soriano M. "Crónica Médica", en *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina*. 3ª Serie, tomo IX, núm. 1, enero de 1914, p. 142.

Bibliografía

- Castro Villagrana J. *Entre cirujanos y hospitales*, México [s.e.] 1940. 201 p.
- Ezquerro Peraza R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos*. México [s. e.] 1934. 71 p.
- Garciadiego J. "Presidencia de Madero: fracaso de una democracia liberal", en Fowler, Will (coordinador) *Gobernantes mexicanos. II: 1911-2000*. V. 2. México, F. C. E., 2008, p. 37.
- Velasco Ceballos R. *El Hospital Juárez. Antes Hospital Municipal de San Pablo*. 2ª ed. México, 1947, 426 p.

Capítulo 6

- Aguilar Álvarez J. "Cánceres del tiroides". *Cirugía y Cirujanos*, III, 1935: 45-53.
- Aguilar Álvarez J. "Relaciones entre el metabolismo basal y la oportunidad operatoria en el bocio". *Cirugía y Cirujanos*, IV, 1936: 107-111.

- Becerril A. "Cincuenta raquianestesis hechas en el Hospital Juárez con un nuevo medicamento, la Percaína". *Anales de Cirugía del Hospital Juárez, México, I, 1931*: 39-42.
- Castro Villagrana J. Discurso pronunciado el 20 de noviembre de 1934 en la inauguración de los nuevos pabellones del Hospital Juárez (reproducido en Velasco Ceballos, 1947: 363-366).
- Castro Villagrana J. *Entre Cirujanos y hospitales*. México, 1940.
- Díaz de Kuri M, Viesca Treviño C. *Historia del Hospital General de México*. México, Hospital General, 1994 (2ª ed., 2010).
- Ezquerro Peraza R. *El Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos*. México, Merck México, 1934.
- Gómez Azcárate. "Algunos problemas clínicos de las tuberculosis quirúrgicas". *Cirugía y Cirujanos, V, 1937*: 441-448.
- Gracia García JG. "El Hospital Juárez". *Hospital General, I, 1, 1926*: 114-126.
- Lavalle M. "Tratamiento de la hernia inguinal por la sutura viva". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931*: 241-244.
- Manero JV. "Un nuevo anestésico local, la percaína". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931*: 57-63.
- Mateos Fournier M. "Dos casos de cesárea abdominal transperitoneal". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931*: 159-164.
- Mateos Fournier M. "La cesárea extraperitoneal de Latsko y Doderlein. Estudio comparativo con otras técnicas". *Cirugía y Cirujanos, VI, 1938*: 75-88.
- Miranda Matus C. "Contribución al estudio experimental de la sutura viva y aponeurosis en el tratamiento de la hernia inguinal". Tesis recepcional, Escuela Nacional de Medicina, UNAM, 1930.
- Otero y Gama M. "Lesiones del corazón. Un caso de herida penetrante al ventrículo izquierdo operado con éxito". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931a*: 84-88.
- Otero y Gama M. "Un procedimiento de osteosíntesis de clavícula". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931b*: 105-108.
- Otero y Gama M. "Algunas consideraciones sobre la operación cesárea". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931c*: 148-157.
- Peña Treviño R. "Conservación de los ovarios en la histerectomía total". *Cirugía y Cirujanos, V, 1937*: 501-518.
- Rábago J. "Desprendimiento prematuro de la placenta". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931*: 165-169.
- Rábago J. *Apuntes de Obstetricia*. México, Francisco Méndez Oteo, 1942.
- Robles C. "La esplenectomía retrógrada". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931a*: 75-83.
- Robles C. "La ligamentopexia de Coffey en el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931b*: 183-188.
- Uribe y Rivera S. "Fracturas del piso posterior de la base del cráneo". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, 1931*: 67-72.
- Vargas Martínez C. Reseña histórica del Hospital Juárez de México. México, *Hospital Juárez de México, 2002*.
- Velasco Ceballos R. *El Hospital Juárez, antes Hospital de San Pablo*. México, *Caridad y Asistencia Pública en México, 1934*.
- Velasco Ceballos R. *El Hospital Juárez, antes Hospital Municipal de San Pablo, México, 1947*. 2ª edición.
- White Morquecho J. "La elección de la anestesia". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, I, 1931*: 35-38.
- White Morquecho J. "Alcance de la analgesia regional en operaciones de la cara, a propósito de un caso de resección total del maxilar superior". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, I, 1931*: 53-56.
- White Morquecho J. "Técnica de anestesia local para operar un absceso hepático por vía transpleural". *Anales de Clínica del Hospital Juárez, México, I, 1931*: 64.
- White Morquecho J. "La medicación previa en la raquianestesia como profiláctico de sus accidentes". *Cirugía y Cirujanos, I, 1933*: 55-60.
- White Morquecho J. "La alcoholización de las neuralgias del trigémino". *Cirugía y Cirujanos, III, 1935*: 161-166.

Capítulo 8

- Aguilar Rodríguez J. Tratamiento de los traumatismos raquimedulares. *Rev Cir* 1959; XII (61): 7-20.
- Aguirre C. Complicaciones de transplante de ureteros, 35 casos. *Rev Cir* 1955; VI (12): 23-29.

- Baz G. Tratamiento quirúrgico del cáncer de colon. *Rev Cir* 1955; 16: 225-238.
- Castanedo A. Un caso de tétanos postraumático. *Revista Cirugía del Hospital Juárez* 1948; XX (1): 1-12.
- Castro Villagrana J. Fusión vertebral para el tratamiento del mal de Pott. *Rev Cir* 1955; VI (12): 15-22.
- Contreras D. Riesgo del paciente cardíaco. *Rev Cir* 1959; VII (29): 141-150.
- García Figueroa L. Fracturas del astrágalo. *Revista Cirugía del Hospital Juárez* 1948; XX (1): 13-19.
- Gómez Azcárate G. Manejo de quemaduras, con atención al choque. *Rev Cir* 3ª época 1956; VII (25): 169-174.
- Jiménez SB. Fracturas del calcáneo. *Rev Cir* 1957; VIII (35): 63-78.
- Lichtinger K. Catéter subcutáneo perdido en cirugía tubaria. *Revista Cirugía del Hospital Juárez* 1956; VII (10): 177-184.
- Fragoso D. Criterios quirúrgicos en casos de placenta previa. *Rev Cir* 1955; V (11): 545-554.
- López de Nava A. Colocación de catéter tubario fijado en tejido celular subcutáneo. *Rev Cir* 1956; VII (25): 175-182.
- Marín JJ. Empleo de una valva vaginal para ayudar la rotación en "presentaciones posteriores". *Rev Cir* 1956; VII (10): 167-176.
- Morales I. Consideraciones sobre el aborto. *Rev Cir* 1956; VII (10): 185-195.
- Petrone V. Lesiones y fístulas ureterales y vesicovaginales. *Rev Cir* 1955; VI (19): 357-362.
- Prado Pérez R. Homoinjerto de piel en pérdidas cutáneas. *Rev Cir* 3ª época 1956; VII (24): 119-129.
- Prado Pérez R. Consideraciones anatómo-fisiopatológicas y quirúrgicas sobre el paciente quemado. *Rev Cir* 1956; VII (31): 235-252.
- Ríos A. Indicaciones para la histerectomía abdominal. *Rev Cir* 1955; VI (14): 133-150.
- Rosas P. Tuberculosis ósea múltiple pseudoquistica. *Rev Cir* 3ª época 1956; VII (25): 183-188.
- Rosas P. Schwannoma maligno. *Rev Cir* 3ª época 1956; VII (27): 257-262.
- Sampedro E. *Rev Cir* 1956; VII (10): 495-502.
- Ugalde I. Empelo de clavos intramedulares. *Rev Cir* 1956; VII (33): 307-315.
- Ugalde I. Tratamiento de lesiones óseas y articulares. *Rev Cir* 1959; XII (61): 1-6.

- Ugalde I, Rosas P. Errores frecuentes en las amputaciones de dedos y parciales de mano. *Rev Cir* 1959; XII (69): 274-286.
- Urdiola R. Rutina de emergencias gineco-obstétricas. *Rev Cir* 1955; VI (14): 119-125.
- Warren M. *Rev Cir* 1956; VII: 89-94.

Capítulo 9

- Archivo de enseñanza del Hospital Juárez.
- Barragán L. *XXII Asamblea Nacional de Cirujanos*. México, 1976.
- Gutiérrez Vázquez S. El texoxotla tícitl (cirujano) mexicana a través del tiempo. México, *XXI Asamblea Nacional de Cirujanos*, 1974.
- Pérez García R. Las Asambleas Nacionales de Cirujanos. México, *Asamblea Nacional de Cirujanos*.
- Vargas Martínez C. *Reseña histórica del Hospital Juárez de México*. México, 2002.

Capítulo 11

- Hospital Juárez de México. Informe Anual. 2004.
- Hospital Juárez de México. Sistema de egresos hospitalarios.
- Hospital Juárez. Anteproyecto de reconstrucción y remodelación. Tercera versión.
- Información de la Coordinación de Hospitales de Referencia.
- *La Jornada*, miércoles 23 de julio de 2003. México, D.F.
- Moreno RJ. Cambio valvular mitral. *Rev Hosp Jua Mex* 2005; 72: 148-152.
- Secretaría de Salud, Oficialía Mayor. Programa de reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud de la Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. Comunicado de prensa No. 002. 2 de enero de 2003.
- Sistema de Información en Salud del HJM 2004.
- Urbina RG. Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México. *SS Rev Hosp Jua Mex* 2005; 72: 69-74.
- Vargas C. Reseña histórica del Hospital Juárez de México. 2002, p. 132.

Capítulo 12

- *Curriculum Vitae* del Dr. José Adrián Rojas Dosal.
- *Diario Oficial de la Federación*, 26 de enero de 2005.

- *Diario Reforma*, 8 de febrero de 2005.
- *El Universal*, 2 de diciembre de 2005.
- *Gaceta del HJM*, enero de 2010, p. 15.
- *Gaceta del HJM*, enero de 2010, p. 8.
- *Gaceta del HJM*, octubre de 2010, p. 9.
- *Gaceta del Hospital Juárez de México*, octubre de 2010, p. 15.
- *Gaceta HJM*, enero de 2008, p. 8.
- *Gaceta HJM*, julio de 2010, p. 10.
- *Gaceta HJM*, julio de 2010, p. 4.
- *Gaceta*, octubre de 2010, p. 18.
- Informe anual del Director, presentado a toda la comunidad del HJM, enero de 2009.
- Informe de autoevaluación presentado a la Junta de Gobierno del HJM, marzo de 2009.
- Informe de autoevaluación presentado a la Junta de Gobierno del HJM, marzo de 2010.
- Informe de autoevaluación presentado a la junta de Gobierno, marzo de 2008, p. 110.
- Informe de autoevaluación, presentado a la Junta de Gobierno del HJM, marzo de 2007.
- Informe de Gestión 2005-2010. Hospital Juárez de México, p. 100.
- Manual de Seguridad en cirugía HJM. Bazán Soto Alberto. 2008.
- Oficio del Consejo de Salubridad General dirigido al Director del HJM, en donde se comunica el Acuerdo tomado por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica el 12 de octubre de 2010.
- Programa de trabajo 2005-2010. Rojas Dosal José Adrián.
- Secretaría de Salud. Información para la rendición de cuentas México 2003.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2001-2006.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, oficio 367 del 14 de agosto de 2009.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, nota informativa del 30 de noviembre de 2009.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, oficio 025 del 18 de febrero de 2010.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Juárez de México, oficio 027 del 24 de febrero de 2010.

Historia del Hospital Juárez de México. 1847-2010. Se terminó de imprimir el 22 de mayo de 2013 en los talleres de MBM Impresora, S.A. de C.V., ubicados en Mirador 77, Col. Ampl. Tepepan, 16020, México, D.F. La edición consta de 700 ejemplares impresos en sistema Offset, papel couché brillante de 115 gramos y forros en cartulina sulfatada de 14 puntos, se usaron las fuentes Optima de 10.5 puntos y Zapfino de 22 puntos.

