

ENTREVISTA

Gisela Mateos González,* Angélica Morales Sarabia*
Entrevista con Claudia Agostoni Urencio

Interview with Claudia Agostoni Urencio



LA DOCTORA Claudia Agostoni es Investigadora Titular en el Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM; doctora en historia por King's College London, Universidad de Londres, Inglaterra, forma parte del Sistema Nacional de Investigadores y es miembro regular de la Academia Mexicana de Ciencias. Es especialista en la historia social de la salud pública en México durante los siglos XIX y XX. Ha sido profesora visitante en el Teresa Lozano Long Institute of Latin American Studies de la Universidad de Texas en Austin (EUA), en la History of Medicine Division de los Institu-

tos Nacionales de Salud en Bethesda, Maryland (EUA), en la Universidad de Columbia (EUA) y en El Colegio de México, entre otras instituciones. Entre sus publicaciones —como autora, coautora y editora— se encuentran las siguientes: *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México, 1870-1952* (2016); *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010* (2010); *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910* (2003); *Los miedos en la historia* (2009); *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX* (2008), y *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)* (2005).

¿Cuáles fueron las primeras misiones del Estado mexicano?

Si consideramos la definición de misiones como agrupaciones aglutinadas por expertos que comparten itinerarios, movimientos, cultura material y conocimientos, el término sí aplica, sobre todo a finales del siglo XVIII. Es un momento en el que las topografías médicas, geografías médicas, aglutinan a médicos, higienistas, pero también a químicos y naturalistas. Con el tiempo se irán integrando otros profesionales, personas interesadas en las poblaciones. Es un primer momento en el que yo ubicaría las misiones médicas, a mediados del siglo XVIII, pero, que cobrarían importancia a lo largo del siglo XIX. En este momento

* Investigadora del CEIICH, UNAM.

Correos electrónicos: gisela.mateos@unam.mx | rsarabia@unam.mx

se hacen investigaciones sobre el medio y se busca establecer causalidades entre el medio ambiente y las enfermedades predominantes. Estas topografías parten del tratado hipocrático de “Aire, aguas y lugares” en el que ya se plantea la existencia de las interrelaciones entre el medio ambiente: los vientos, el agua y las enfermedades.

En esa época se hacen estudios minuciosos de las ciudades. Estas topografías se asientan en el siglo XIX y, quienes las encabezan, son los llamados higienistas, médicos especializados en la higiene pública y privada. Se establecen correlaciones o variables que relacionan el clima, la predisposición a la enfermedad, la circulación del aire y la moralidad. Parten de una visión holística de los problemas de salud. Estudian los mataderos, el alcantarillado, los cementerios, las casas habitación; también hacen estudios etnográficos reconociendo como elementos importantes a la alimentación, las costumbres médicas, la vestimenta de las personas. En fin, poco a poco van incorporando información numérica, es decir, todo lo que tiene que ver con la estadística. Antes de los censos, las topografías médicas incorporaron las variables numéricas de mortalidad y nacimientos.

En México uno de estos estudios, quizá el más importante, lo escribió Domingo Orvañanos, el cual fue financiado por el Ministerio de Fomento, se publicó en 1889 y fue el *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República Mexicana*; es una maravilla de investigación, porque ahí claramente se establece la interrelación entre salud y enfermedad además de su importancia para el régimen político y el progreso económico. Estas eran misiones, equipos de muchas personas que hacían estudios sobre todo médicos, aunque también se van a incorporar ingenieros sanitarios y topógrafos. Otro estudio interesante lo escribió Antonio Peñafiel sobre la zona de Texcoco, ya que se consideraba una amenaza a la ciudad, en ese lugar se hizo todo un estudio de la misma naturaleza, inspirado en esta idea de la interrelación entre el medio y la enfermedad. Ahí encontramos antecedentes muy importantes.

Tal y como lo señalas, estas misiones fueron cruciales para el Estado, que las necesita como una herramienta o instrumento, pero también en la definición de quiénes somos. Esto que acabas de decir, nos parece que constituye parte de un mismo proyecto, ¿así lo consideras tú también?

Efectivamente forman parte de un mismo proyecto, están completamente relacionados, no se pueden separar. La cuestión es que estas misiones de las que acabo de hablar se preguntaron cómo podían contribuir a hacer salubre o higiénico un espacio, ya fuese que se tratara de un municipio, una ciudad o una nación. El punto de entrada es higienizar, que también significaba moralizar, no se puede separar una de otra. Esto también lo podemos encontrar en empresas o

misiones higienistas inglesas en la India, en la China. Misiones de médicos de carácter protestante en China que estarán fuertemente involucrados con la religión. Entonces higienizar también quería decir civilizar, occidentalizar. Por tanto, estas misiones permanecen estrechamente vinculadas con la construcción y definición del Estado.

¿Podríamos encontrar en estas misiones vocablos utilizados por los discursos cristianos?

Yo no lo he visto tanto en los discursos higienistas, lo que sí es la estrecha relación con la moralidad, con las buenas costumbres, que puede tener cierto origen religioso, pero que más bien aluden y califican los comportamientos de ciertas clases sociales. Existe en las topografías médicas un clasismo muy fuerte. Siempre lo local, lo indígena es visto como atraso, es raro que esto no aparezca en las topografías del siglo XIX y todavía en las del siglo XX, porque este tipo de estudios, curiosamente quienes los van a continuar haciendo serán los pasantes en medicina como parte de su servicio social que se instituyó en el periodo de Lázaro Cárdenas. Los médicos tenían que irse al campo, a localidades de menos de 5,000 personas, previamente asignadas, para realizar su servicio social; al momento en el que ellos elaboraban sus informes seguían el esquema de las topografías médicas del siglo XIX. Ahí se puede reconocer cómo seguían registrando el aire, los vientos, el clima las costumbres, las prácticas médicas locales, la comida, y claro siempre existe una alusión al curandero, los charlatanes, el huesero, el atraso y lo indígena. Existe una separación de los médicos y esas localidades en los registros, así como una colección buenísima de los informes médicos sociales en el INERM.

¿El médico en el siglo XX nace con esa aura civilizatoria?

Por supuesto, y sobre todo porque tiene que ver con cuestiones del cuerpo, con la sexualidad, con las prácticas curativas médicas y asistenciales. Eso está clarísimo en los informes médicos a partir sobre todo de los treinta del siglo XX.

¿Se han trabajado estos documentos?

La colección más grande de estos informes médicos sociales ni siquiera está en México. Todos los informes médicos sociales, o casi todos, están en los archivos de la biblioteca Nettie Lee Benson. Otros están en la UNAM, en el INERM... Estos informes médicos sociales eran un prerrequisito para obtener el grado de doctor.

¿Este enfoque duró mucho tiempo?

Sí, efectivamente. Esta tradición se alimentó de la geografía médica que viene del siglo XIX, y se vinculó con la idea de gobernar, con la formación del Estado laico asistencial, el cual iba a transformar a las poblaciones más desprotegidas.

Al principio, los médicos llegaban a poblaciones previamente seleccionadas por el Departamento de Salubridad Pública. Era la única en que el Estado podía enviar médicos al campo. La realidad es que nadie quería ir al campo, existía una renuencia, un horror; todos querían practicar en las ciudades. Era por tanto una manera de llevar servicios médicos oficiales.

¿En qué otros contextos de salud pública podríamos reconocer el uso de misión? ¿Cuáles serían las diferencias entre utilizar campaña y misión?

En el lenguaje de la salud pública, por lo menos en el contexto de México la palabra que se utilizaba era campaña, programa, pero no misión. ¿Y por qué esa terminología? Existen varias procedencias. En primer lugar, tiene que ver con la medicina militar; las campañas militares tienen determinada estructura y jerarquía; en cuanto a las campañas de salud pública, sobre todo las que comenzaron a conformarse en el siglo XX, tenían una jerarquía de labores y de personal, es decir una estructura de mando, una estructura de cómo proceder. Aunque también habrá que decir que no siempre estaban tan bien planificadas. Un programa que podía ser algo más pequeño, por ejemplo, en el caso particular de la vacunación en los cuarentas, se instituye la campaña de erradicación de la viruela, es una campaña nacional de vacunación. Antes de esta se habían realizado pequeñas campañas o programas de vacunación, sin embargo, yo no me he encontrado en la documentación sobre salud pública el término misión, pero sí en materia educativa. En materia de salud pública se llaman programas o campañas sanitarias. Ahora bien, muchas veces se les decía a los médicos que eran los misionarios de la higiene, pero tampoco era tan frecuente; era más frecuente reconocerlos como evangelizadores de la salud.

La OMS utilizó y sigue utilizando el vocablo misión. ¿Podemos reconocer en el contexto de la COVID-19 la utilización de misiones?

Sí, tal vez, pero en el caso particular de México, el término que se usó era campaña o programa a lo largo del siglo XIX y XX. El término “evangelizadores de la salud” lo utilizó, si mal no lo recuerdo, Miguel de Bustamante, quien fuera uno de los más importantes médicos del siglo XX. Él fue el primer especialista en Salud Pública, graduado en la John Hopkins University; fue el primero que organizó las campañas médico-rurales, y fue quien impulsó el saneamiento del campo en México de manera muy importante. Él utilizó ese término en un texto clave de 1934. Pero insisto, en México se utilizan campañas de vacunación y tienen que ver con la estructuración del personal, porque son campañas muy verticales. En primera instancia debían conseguir la vacuna, en ese entonces, en México se preparaba la vacuna en el Instituto de Higiene y de hecho se empieza a producir de manera masiva cuando se empiezan a organizar las primeras cam-

pañes de largo alcance de vacunación, ya no solamente en momentos de epidemia sino de manera más permanente. Esto fue a partir de la segunda mitad de los años veinte.

¿Pero no crees que existe una relación entre la concepción del misionero del siglo XVI y el médico del siglo XIX y XX?

Por supuesto que sí, en gran parte del siglo XX y hasta nuestros días, estaría presente en el discurso de los médicos, en los programas de salud pública y en la formación misma que tienen los médicos. Pero aquí la cuestión es que la palabra misión sí tiene una carga que alude a la cuestión religiosa. Por eso es importante recordar que muchos médicos lo que subrayan es que sus labores estaban sustentadas en una práctica eminentemente científica.

¿Estamos dentro de un Estado laico?

Sí, aunque muchos eran muy religiosos, muy católicos y públicamente no empleaban la palabra misión.

Aunque la OMS sí impone un discurso. La misión en gran medida es una intervención de prospección en los lugares en donde ofrecen ayuda técnica. Lo siguen usando en esa dirección, con esa carga antigua de lo que fue una misión. Es un discurso esencial en los discursos de los organismos internacionales.

Por supuesto, pero ese sentido también lo tiene la campaña, es decir, está integrada por técnicos, por saberes de expertos que tienen propósitos particulares a perseguir. Y el personal que participa idealmente está capacitado, así como muchos improvisados se van integrando a la campaña.

De alguna forma se reproducen ciertas estructuras que muy probablemente se establecieron en principio con las misiones en el siglo XVI y después se fueron replicando en otros espacios religiosos.

Sí, ciertamente.

Por las noticias de la COVID-19 y las noticias de la OMS, las misiones juegan un papel importante.

Sí, en este momento están enviando misiones, así les llaman. De hecho, enviaron una misión el 20 de enero a Wuhan para averiguar de dónde había salido el coronavirus, también para analizar los procesos epidemiológicos en aeropuertos y en otros lugares, para examinar las condiciones de laboratorios, de hospitales. Así les llaman misiones. ¿Por qué se les llaman misiones desde la OMS? No lo sé con exactitud.

Lo que nosotros hemos encontrado en nuestras investigaciones, en el periodo en que se fundó la OMS y las agencias técnicas de Naciones Unidas, es que el término misión les dota de una cierta neutralidad política, con una actitud asistencialista que busca ofrecer un servicio. Y aunque no lo requieran, se va a promover que quieran ese servicio. Son misiones para enganchar en el discurso del desarrollo a los países que se encuentran “en vías de desarrollo”. Entonces por eso creemos que ese concepto es una herencia del colonialismo, sobre todo en la experiencia británica se usa misión todo el tiempo.

También en la Rockefeller en México y en América Latina utilizaron este término de misión.

Claro, son los mismos técnicos, los expertos de antes de la Segunda Guerra Mundial, que transitan a los mismos organismos trayendo una serie de prácticas y palabras que se naturalizan en este discurso y en las Naciones Unidas.

Y sí, también del discurso asistencialista. Esta idea supuestamente es neutral, pero en realidad siempre exige algo a cambio. Están las misiones de la Organización Panamericana de la Salud, no solamente de la OMS, y ahí está la cuestión en el manejo del equipo, el manejo de personal especializado. Eso también será importante para estos organismos durante la década de los años treinta en adelante. Aunque también están los momentos de brotes de enfermedades epidémicas, donde se movilizan muchísimo, tal y como lo estamos viendo ahora. Antes fue el Ébola, el otro virus de la gripe aviar, el Zika. Cada vez que existe una emergencia sanitaria, un momento de pandemia, es que este tipo de misiones se movilizan.

¿Las misiones promueven un acceso universal a la salud?

De ninguna manera. En 1978 se hizo la reunión Alma Ata, en Kazajistán, una reunión de la OMS en plena Guerra Fría. Ahí se estableció que se iba a priorizar a nivel internacional la atención primaria en salud; sin embargo, esto sigue pendiente. Se han hecho otras reuniones con el fin de encontrar cómo fomentar la atención primaria en salud, ¿qué quiere decir esto? Que no se van a tratar de curar las enfermedades, que no se va a recurrir a intervenciones farmacéuticas, que no implica la dotación de medicación; por el contrario, implica mejorar las condiciones de vida, implica mejorar los alimentos, implica eliminar la pobreza, mejorar las habitaciones, equidad, pero seguimos esperando esto. Es decir, las misiones de ninguna manera fomentan una visión de lo que implica la salud pública, son misiones temporales, coyunturales, verticales; pero no tienen una visión horizontal, que englobe todos los determinantes de los problemas de salud.

¿Estas misiones de alguna forma son perpetuadoras en la eterna asimetría social y de poder?

Solo ponen curitas a la herida, digamos sí está la ayuda técnica, llevan medicamentos, salvan muchas vidas, hacen programas en educación en salud, fomentan programas de vacunación, los impulsan y luego se van. Y luego ¿Qué pasa? El problema fundamental es ese. Ahorita lo estamos viendo con una claridad aterradora; los países en que nos va a ir peor, las inequidades son brutales. “La salud para todos para el año 2000”, así decía el eslogan de la OMS, pero no es una realidad, sigue siendo una promesa. Este tipo de intervenciones coyunturales no dejan un legado duradero, o si lo dejan, en el país que recibió esa ayuda no tienen los recursos para darle seguimiento a lo que se sembró. No tienen ni voluntad política ni recursos.

¿Cómo crees que va a salir México de la COVID-19?

Pues la verdad creo que va a salir muy deteriorado por la fragilidad del sistema de salud, por las carencias en el sistema hospitalario, por las carencias de personal médico y de enfermería, por las carencias que existen en la capacitación como también en salarios. Sobre todo porque al concentrarse todos los recursos en la COVID-19, existe una cantidad enorme de personas que no han podido darle seguimiento a sus tratamientos médicos y miles de personas que tienen otras patologías no han podido acceder a sus tratamientos, a sus medicamentos. Esto va a crear un problema gigante. Ahorita ni siquiera los niños están siendo vacunados, es decir, no existe un seguimiento cotidiano de las campañas de vacunación. Todos los recursos se están concentrando en la COVID-19, en Pemex y en el Tren Maya; pero todas las personas que tienen otras necesidades no tienen otra manera de acceder a los hospitales. Hay millones de personas ¿Qué les va a pasar? Ahí tenemos una crisis mayúscula de la que poco se está hablando. Todos los niños con problemas de cáncer que no tienen acceso a la quimioterapia en los hospitales públicos ¿Por qué no están accediendo a sus medicamentos? Yo creo que para el año que entra seguirá frágil por todas las carencias que están saliendo a la luz, ahora nos las están restregando en la cara.

A pesar de todo puede haber algo bueno, pero esto no depende solo de las buenas voluntades. Podrían aprovechar la coyuntura para invertir en la prevención pública y educación en la salud; sería un buen momento para cambiar la orientación del sistema nacional de salud. Nuestra seguridad social está tan fragmentada: ISSSTE, IMSS, Ferrocarrileros, PEMEX, maestros, electricistas, cada uno tiene su sistema, sus hospitales. Es un desastre. Sería un buen momento para que el sistema de salud fuera universal, pero para eso tienes que dejar de invertirlo a PEMEX. **D**