



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA



"ALFONSO VÉLEZ PLIEGO"

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES "ALFONSO VÉLEZ PLIEGO"

"LA MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE ORIZABA, 1930-1940:
UN ESTUDIO DE HISTORIA DEMOGRÁFICA Y SOCIAL DEL
MÉXICO POSREVOLUCIONARIO".

TESIS

Para obtener el grado de:
MAESTRO EN HISTORIA

PRESENTA:
EMMANUEL ANTONIO CALLEJAS MEJÍA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. MIGUEL ÁNGEL CUENYA MATEOS

PUEBLA, PUE.

DICIEMBRE, 2022

“Esta investigación fue realizada con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO.....	4
ESPACIO Y TIEMPO.	6
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	12
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	16
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	18
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	19
METODOLOGÍA.....	20
HIPÓTESIS.	23
CAPITULADO.	24
<u>CAPÍTULO I: SOCIEDAD, ECONOMÍA Y POBLACIÓN DE ORIZABA</u>	26
1.1.-ORIZABA: RAÍZ E INTEGRACIÓN.....	27
1.2.-ARTICULACIÓN URBANA Y COMPONENTES SOCIALES.	38
1.3.-ORGANIZACIÓN POBLACIONAL.....	47
<u>CAPÍTULO II: CAMBIOS Y ALCANCES DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO</u>	64
2.1.-LA FORMACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.	65
2.2.-DILIGENCIAS Y COMPETENCIAS SANITARIAS EN VERACRUZ.	79
2.3.- POLÍTICAS Y ACCIONES EN TORNO A LA SALUD E HIGIENE DE LA CIUDAD DE ORIZABA.....	95
<u>CAPÍTULO III: LA MORTALIDAD EN ORIZABA, 1930-1940</u>	113
3.1.-MORTALIDAD Y ESTRUCTURA SOCIAL. (EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y OCUPACIÓN).....	114
3.1.1.-EL PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA MORTALIDAD DE ORIZABA.....	115
3.2.-LA MORTALIDAD INFANTIL.....	137
3.2.1.- “ESTÁ MI VIDA FRESCA RECIÉN MUERTA”: LA MORTALIDAD INFANTIL EN ORIZABA.	138
3.3.-MOVILIDAD Y AVECINDAMIENTO DESDE LA MORTALIDAD.....	155
3.3.1.-AVECINDADOS, TRASIEGO Y EMPLAZAMIENTO EN ORIZABA.....	155
CONCLUSIONES	176
ANEXOS Y APÉNDICE ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN	184
BIBLIOGRAFÍA	205

INTRODUCCIÓN.

El historiador debe ser sensible intelectualmente a los cambios de su presente. Actualmente, persiste en la ciencia médica la búsqueda de “inmortalidad”, anhelando franquear el envejecimiento, el dolor y la muerte de nuestros cuerpos. Sin duda, los avances científicos y tecnológicos junto al desarrollo de la sociedad hasta nuestros días, han contribuido a un alargamiento de la vida humana, y con ello, al imaginado apetito de la eternidad. Apenas, siglos atrás era impensable esa quimera, debido al ordinario contexto de decesos neonatales e infantiles, a la demanda extenuante de hijos para lograr una sustitución generacional y ordinariamente perecer ante enfermedades infecciosas y epidémicas.

Mientras tanto, hombres y mujeres deben confrontar, convivir y aceptar la muerte como hecho ineludible de nuestra realidad irremediable. Y por eso mismo, es que sea una de las incertidumbres y fascinaciones más llamativas de la humanidad. A la vez, la trascendencia de la muerte ha sido núcleo central de las relaciones entre humanos y la espiritualidad religiosa, asimismo, en la formación de sistemas filosóficos y culturales. Frente a estas aproximaciones teóricas en la intelección de la muerte, no debe sortearse, su naturaleza biológica individual, de efecto social; es decir, componente de primera magnitud que condiciona la estructura y dinámica interna de las poblaciones.¹ De esta manera, el estudio de la mortalidad es un evento significativo para especialistas de las ciencias sociales y humanidades, entre estos, el historiador.

La historia como campo disciplinar busca reconocer en los hechos vitales y, propiamente, en su derivación un conjunto de estadísticas como un método plausible para comprender la particularidad de las distintas sociedades y épocas.² Por esta razón, se reúnen una serie de valores cuantitativos -padrón, censo,

¹ Josep Lluís Barón, “Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte”, *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, vol. 11, núm. 3 (1993): 51.

² Sandra Olivero, “Reflexiones conceptuales sobre los estudios históricos de la sociedad iberoamericana. Entre la demografía histórica y la historia de la población. Historia social: la importancia de la familia” en *Revista Electrónica editada por la Asociación Española de Americanistas* [en línea], núm. 15 (2015): 3. Disponible en <http://revistas.um.es/navegamerica>. [Fecha de consulta: 17 agosto de 2020].

recuento, registro- circunscritos a sucesos esenciales del ser humano en el tiempo -natalidad, nupcialidad, migraciones, mortalidad-. Esta misma recopilación y posterior sistematización en una base de datos proporciona una serie de variables, que pueden dimensionar los comportamientos demográficos y sociales del pasado.³

En México, la revisión de la mortalidad ha tenido alcances importantes en una amplia gama de libros y artículos con base en fuentes cuantitativas, que visualizan las fluctuaciones de aumento o descenso con sus respectivas implicaciones históricas; causas o efectos referentes a individuos pertenecientes a sectores o grupos sociales. De este modo, conforman una arista histórica retomando a menudo sucesos concernientes a los efectos de epidemias y ciertas enfermedades particulares. En otros parámetros, se emplean una aproximación de procesos urbanos, condiciones sanitarias e higiénicas, instituciones médicas o caritativas, los cuales se enriquecen con el análisis complementario de la mortalidad.

Dicho esto, entre sus manos se encuentra un proyecto de historia demográfica, donde, el protagonista es la mortalidad. El fin de las funciones vitales de hombres y mujeres, junto a su medición y caracterización desprenden un perfil de una población y un espacio, relacionado a las persistencias y alteraciones históricas. Equivalentemente, el estudio de la colectividad de individuos denominada ordinariamente como sociedad, la cual exhibe la formación de interacciones y necesidades, -salud, alimentación, familia, trabajo, reproducción y ocio-, que se dan en el transcurso del tiempo, se reflejan en la mortalidad explayando una representación de un entretejido sensato del pasado. En tal caso, en palabras de Borges: “la muerte es una vida vivida. La vida es una muerte que viene”.

³ Hernán Otero, “Las fuentes en la demografía histórica y la historia de la población” en *El hilo de Ariadna. Propuestas metodológicas para la investigación histórica* Eds. Claudias Salomón, Sandra R. Fernández, María de los Ángeles Lanzillotta & Paula I. Laguarda (Argentina, Buenos Aires, Prometeo, 2019): 185.

MARCO TEÓRICO.

La investigación histórica por demógrafos busca técnicas más refinadas y sofisticadas en la medición y obtención de índices y tendencias demográficas. Mientras, los historiadores deben desarrollar una capacidad audaz y reflexiva para acercarse a las características demográficas y los vaivenes sociales de poblaciones del pasado. A todo esto, al referirnos a *población* hablamos del conjunto de individuos reunidos de forma estable por vínculos de reproducción e identificados por características territoriales, políticas, jurídicas, étnicas o religiosas.⁴ Estas son interdependientes y determinan el grado de modificaciones de las poblaciones, por sus dimensiones numéricas como en su estructura. En consecuencia, la historia constituye un conocimiento clarificador y explicativo de los diversos parámetros demográficos, llevando a buen puerto el análisis de trasfondos históricos de la sociedad.

El principal cuestionamiento del trabajo presente es comprender un período importante para la historia moderna y contemporánea de México, hablamos, concretamente de la fase posrevolucionaria. Entender por una parte la vicisitud de los patrones y niveles vitales de la población, relacionado a la *Transición Demográfica*, un proceso de niveles controlados y bajos de los eventos vitales, en nuestro caso, la mortalidad. Propiamente, Alphonse Landry visualizó los ritmos y escalas en el transcurso de la modernización demográfica dependiente del espacio y tiempo junto a las circunstancias socioeconómicas a inicios del siglo XX. Así, la historiadora María Zavala expuso que México alcanzó a mediados del siglo pasado dicha transición, permitiendo aceleradas reducciones de la mortalidad desde 1930, y en menos de medio siglo contar con índices similares al de países europeos.⁵

Recientemente, se han sumado de forma importante a la explicación del proceso de modernización demográfica posturas teóricas, que determinan un alcance más profundo sobre las conductas poblacionales de un espacio. Por

⁴ Massimo Livi Bacci, *Introducción a la demografía*, (Madrid: Ariel, 1993), 9.

⁵ María Eugenia Zavala, "Los antecedentes de la transición demográfica en México", *Historia Mexicana*, núm. XLII, (1992): 104.

mencionar, la *Transición Sanitaria* exhibiendo una transformación de las condiciones de salud y enfermedad de las sociedades; mismas, que modifican, controlan o reducen la mortalidad. Igualmente, el concepto *Transición Epidemiológica* ha tomado relevancia en la visualización sobre qué factores afectan el perfil epidemiológico en la estructura social de las poblaciones.⁶ En otras palabras, *Transición Sanitaria* y *Transición Epidemiológica* como problematizaciones ofrecen un análisis sobre los cambios sociales e históricos de la salud y las condiciones socioeconómicas, con base en los índices de morbilidad y mortalidad. Estos dos términos se desprenden propiamente del modelo de *Transición Demográfica*, que señala un remplazo frecuente de muertes por enfermedades infecciosas y epidémicas a uno por padecimientos crónico degenerativos, y con ello, un alargamiento de la esperanza de vida y un declive de la mortalidad infantil.⁷

En última instancia, la *mortalidad* se remite a la representación numérica de decesos como un evento vital de una población, que eventualmente destina variables para su estudio: *edad*, *sexo*, *estado civil*, *oficio* y *causa de muerte*. Por tanto, permite conocer la estructura social y económica de los habitantes de un espacio; *edad*, el estado etario o el peso relativo de grupos de edad (niños, jóvenes, adultos, ancianos); *sexo*, determina el equilibrio o predominio entre hombres y mujeres; *estado civil*, provee la proporción de solteros, casados y viudos; *oficio*, la organización económica de la población; y *causa de muerte*, una evaluación del origen o las enfermedades inherentes de la mortalidad. Estas variables de análisis definen las características del espacio y tiempo abordado, del saber histórico en dilucidar interrogantes o contrastes del análisis demográfico de períodos, poblaciones y/o grupos sociales en la historia.

⁶ Josep Bernabeu Mestre, "Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942", *Revista de Demografía Histórica*, núm. 16 (1998): 30-38.

⁷ Josep Bernabeu Mestre & Elena Robles González, "Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria", *Política y Sociedad*, núm. 35, (2000): 45-46.

ESPACIO Y TIEMPO.

Eventualmente, reflexionar sobre historia nos orilla forzosamente a dos componentes principales: *el espacio y el tiempo*. Por tanto, pensar en Orizaba es remitirnos a la región central de las altas montañas del estado de Veracruz. Hoy en día, actual cabecera municipal de gran arraigo histórico como plaza de producción manufacturera, agropecuaria, mercantil y de comunicación desde la época colonial. Rodeada de cerros a una altura de 1 mil 236 m.s.n.m. es atravesada internamente por el río con el mismo nombre de la ciudad, que nace del manantial ojo de venado desde las faldas del Citlaltépetl -Pico de Orizaba-. En medio de un paisaje de rica vegetación y abundantes veneros fertilizan la tierra y forman algunas pequeñas corrientes proveedoras del vital líquido para río Blanco; el cauce más importante de la región y, en gran medida, impulsor de las manufactureras en el Porfiriato.⁸

Propiamente, hablar de la década de 1930 a 1940 en México es referirnos a una población cercana a los 17 millones de habitantes hasta superar los 19 millones al final del decenio. La intensificación y modernización de actividades productivas motivó una mayor fuerza de reconfiguración económica y movilización migratoria de zonas rurales a ciudades urbanas, debido a su desempeño mercantil, industrial, fronterizo y administrativo. De esta manera, algunas regiones y ciudades se volvieron enclaves poblacionales, que aglutinaban una acelerada migración interna de diversos orígenes y ocupaciones. En consecuencia, el desarrollo de tecnologías, la incentivación de la producción agrícola, el fortalecimiento de la industria y el aprovechamiento de recursos naturales estimuló la economía del país, después de resistir el levantamiento de armas durante la Revolución mexicana y ulteriormente la reconstrucción nacional en los años 20's.⁹

Casualmente, la ciudad de Orizaba había sido sumamente atractiva por su cercanía a la planicie costera del Golfo mexicano y como enlace entre el puerto de

⁸ Joaquín Arróniz, *Ensayo de una Historia de Orizaba*. (México: J. B. Aburto, 1867), 3-9, 20-24; Instituto Tecnológico Superior de Zongolica, *Zona Metropolitana del Valle de Orizaba*. (México: Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2015), 33-34.

⁹ Aurora Gómez Galvarriato, "La construcción del Milagro Mexicano: El Instituto Mexicano Investigaciones Tecnológicas, El Banco de México y La Armoir Research Foundation", *Revista Historia Mexicana*, núm.3 (junio, 2017): 1247-1248.

Veracruz y la Ciudad de México, desde la época colonial. Aunque, puesta en un terreno irregular y accidentado por la Sierra Madre Oriental, no reducía su posición estratégica y central. Con un clima apacible entre los 18° y 28° celsius, como urbe principal de la región limitando al norte con Ixhuatlancillo, al sur con Rafael Delgado, al este con Ixtaczoquitlán y al oeste con Río Blanco.¹⁰ Las grandes extensiones de pastizales, agua abundante y un clima templado a diferencia de la tierra caliente, permitió desde la época virreinal ser un centro de comercialización y distribución agrícola. En el siglo XVII se afianzó la actividad mercantil y la arriería, y con el establecimiento del Estanco de tabaco junto a Córdoba dinamizó a Orizaba con una base de comerciantes, artesanos y propietarios sustancialmente en su composición social y económica.

En el siglo XIX el estado de Veracruz no era una entidad densamente poblada, persistía por la explotación de la caña de azúcar, la vainilla, el café o el azúcar como cultivos comerciales predilectos. Mientras tanto, empezaron a surgir haciendas de grandes extensiones de tierra y algunos ranchos a rodear la ciudad de Orizaba. El arraigo en el sector de transformación de algunos insumos como la fabricación de azúcar, aguardiente, puros y cigarros, sumado a la abundancia de recursos hídricos en Orizaba, Río Blanco y Ciudad Mendoza fue idóneo para iniciar la producción textil.¹¹ Así, en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX el valle de Orizaba sería la zona fabril más importante en el Porfiriato.

El flujo migratorio barcelonete, pueblo con herencia y habilidad en el negocio de los textiles formaría un grupo empresarial importante con base en lazos familiares y de amistades con la élite orizabeña y veracruzana. Esto llevó a la adjudicación de la fábrica de Cerritos, a la construcción de la fábrica de Río Blanco,

¹⁰ En forma general, Orizaba conforma parte de la zona metropolitana de las altas montañas junto a los municipios de Atzacan, Acultzingo, Aquila, Ciudad Mendoza, Huiloapan de Cuauhtémoc, Ixhuatlancillo, Maltrata, Mariano Escobedo, Nogales, La Perla, Rafael Delgado, Río Blanco y Tlilapan. Instituto Tecnológico, *Zona Metropolitana*, 34-35.

¹¹ Eulalia Ribera Carbo, "Orizaba, perfil de una ciudad mexicana en el siglo XIX" (Tesis de maestría: UNAM, Facultad de Geografía, 1994) 18-20, 43; José Manuel Zevallos, "Una visión de Córdoba entre 1945 y 2011" en *Historia General de Córdoba y su región*, coords., Adriana Naveda Chávez-Hita y Enrique Florescano, 386-387 (México: Gobierno del Estado de Veracruz, Universidad Veracruzana, 2013).

la de San Lorenzo y la compra de la Cocolapan, ésta última propiedad de la familia Escandón. En 1889, se conformaría la CIDOSA y la CIVSA compañías de industria manufacturera conformadas por un importante colectivo empresarial tanto regional, estatal y extranjero. Asimismo, la proyección de Orizaba atrajo afanosos de la región central del país en búsqueda de trabajo y mejores niveles de vida, decidiendo participar como mano de obra de las fabriles. De ahí que, personas provenientes en su mayoría de pueblos y localidades de Puebla, Querétaro, Estado de México, Oaxaca y la Ciudad de México decidieran asentarse en la región textilera de Orizaba, debido a la incapacidad de las artesanías familiares, industrias de pequeña escala o el dominio de latifundistas durante el Porfiriato.¹²

En Orizaba, fue evidente el progreso material de transportes y comunicaciones desde la inauguración en 1873 del Ferrocarril Mexicano, el cual estaba inmerso en las cumbres de Maltrata, procedente de Puebla y, que también enlazaba a Córdoba y el puerto de Veracruz. Posteriormente, se incrementó el tendido ferroviario enlazando las entidades de Morelos, Hidalgo y Acapulco; así, fundando el Ferrocarril Interoceánico en 1890, el cual transitaba por Xalapa. Con respecto a Córdoba ciudad de gran importancia por su cercanía a Orizaba, tendría un ferrocarril agrícola cubriendo los tramos de Córdoba-Amatlán y Amatlán-Cuichapa. El ensanchamiento de vías y reducción de distancias modificaría sustancialmente el ritmo del tráfico comercial, facilitando el movimiento poblacional y orientando el mercado a las regiones económicamente más hacendosas del país.¹³

La mayor dinámica mercantil otorgó un incremento de la circulación de productos de importación. Especialmente, propietarios y comerciantes orizabeños aprovecharon la ubicación estratégica por su cercanía al puerto de Veracruz y sus relaciones con los comerciantes y empresarios porteños para habilitar una

¹² Bernardo García Díaz, "Un pueblo fabril del Porfiriato Santa Rosa, Veracruz", (Tesis de licenciatura, Universidad Veracruzana, 1977), 8-13; Aurora Gómez Galvarriato, *Industria y Revolución: Cambio económico y social en el Valle de Orizaba, México* (México: Fondo de Cultura Económica, 2016), 44, 54-55.

¹³ Horacio Guadarrama "Córdoba: De la República Restaurada a la Revolución (1867-1910)" en *Historia General de Córdoba y su Región*, coords., Adriana Naveda Chávez-Hita y Enrique Florescano, 216 (México: Gobierno del Estado de Veracruz, Universidad Veracruzana, 2013).

economía mercantil y de crédito. Así pues, Orizaba adquirió características relevantes para adentrarse de manera directa al mercado nacional como una ciudad fabril y agroindustrial.¹⁴ El inicio del movimiento revolucionario en 1910 no obstruyó radicalmente las actividades económicas y el funcionamiento de la ciudad, todavía para la tercera década del siglo XX conservaba su trascendencia al ser un núcleo urbano en medio de una extensa zona agrícola e intercomunicada en una amplia región en el valle montañoso de Veracruz.

Después de la Revolución mexicana la organización política y económica continuó los proyectos de comunicación e industrialización de la República. Para ello, se dio orden y centralidad al Estado, tanto de forma material como institucional. La política posrevolucionaria pensó en un mercado laboral encaminado al sector primario y de transformación, acompañado en menor grado de labores administrativas, educativas, financieras, mercantiles y de transporte. Ulteriormente, el crecimiento económico permitió un aceleramiento del proceso de urbanización en el país. Si bien, no se erradicó el contexto rural sí hubo un incremento de la población urbana. En 1910 los habitantes urbanos conformaron el 11.7% del total de pobladores en México, el cual aumentó a 14.7% en 1921 y llegó a 17.5% en 1930. Así, el conflicto revolucionario sería un referente para el Estado no sólo en cuestión de sistematización política, sino en obtener un progreso social y económico en la construcción de una sociedad “plenamente moderna”.¹⁵

El desarrollo poblacional colocó una imagen de ciudades rodeadas de periferias rurales, además, de centro urbanos con grandes aglomeraciones de habitantes. En 1900, la población nacional sería alrededor de 13.6 millones de habitantes; en 1910 de 15.1 millones; en 1920 descendió a 14.3 millones de

¹⁴ Cesar A. Ordóñez López, “El desarrollo financiero de los grupos de poder en Orizaba. Banca y Crédito tradicional (1880-1920)” (Tesis de doctorado, Universidad del País Vasco, 2013), 14-16.

¹⁵ Rolando Cordero Campos & Enrique González Tiburcio, “La sociedad mexicana hacia el nuevo milenio: cohesión y divergencia”, en *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords. Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro (México: Fondo de Cultura Económica, 2000), 281. Jaime Mariuscelli & Antonio Alonso, “Salud: caminos mexicanos”, en *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords. Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro, 407-408 (México: Fondo de Cultura Económica, 2000); Daniel Cosío Villegas coord., *Historia General de México*, tomo. 2, (México: Colegio de México, 1976), 1200.

pobladores -debido a los estragos de la Revolución mexicana, la migración hacia Estados Unidos y las epidemias (tifo e influenza)-; sin embargo, tuvo una recuperación importante en 1930 con 16.5 millones habitantes; y en 1940 con 19.6 millones de pobladores. Estas cifras indicaron un repunte poblacional, la cual a mitad del siglo XX llegó a 26 millones de habitantes debido a la disminución de la mortalidad, sobre todo infantil y al sostenimiento de la tasa de natalidad.¹⁶

En 1930, la economía mexicana entró en un proceso de cambio y transformación, pasando por una economía predominantemente agrícola al desarrollo importante de un proceso de tecnificación del rubro transformativo en la economía nacional. En 1921, 30.8% de la población económicamente activa se concentró en ocupaciones no clasificadas como agropecuarias; siendo la mitad empleada en la industria. Mientras tanto, la de transformación empleó únicamente 10.6%, y en el caso de la industria eléctrica, de transporte y construcción un 4.2%. En 1940, las actividades no agropecuarias aumentaron a un 36.7%; la industria de transformación un 10.6%; y los otros tipos de industrias, ya mencionadas, en un 7.1%. En consecuencia, la movilidad del rubro laboral aportó una nueva estratificación de clase social en México a partir de la cuarta década del siglo XX, con un 1% de la población clasificada como clase alta y 16% como clase media.¹⁷

Los efectos de un desarrollo poblacional y una economía en incremento en el sector de transformación fue pilar en el avance de urbanización y comunicaciones. En la década de 1930, la industria ferrocarrilera logró nacionalizarse completamente bajo el período cardenista, este medio de traslado y comunicación sería un mecanismo de integración geográfica nacional y apoyaría la producción extensiva. Simultáneamente, se incentivó la infraestructura vial a través de un proceso de construcción acelerado con fondos internacionales contratados directamente por el gobierno o por empresas nacionales, se cimentaron autopistas con carriles, sentidos de circulación y controles de acceso -peaje-. De ahí que, automóviles y autobuses tendrían una intervención directa en la vida cotidiana de

¹⁶ Daniel Díaz, "Transporte", en *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords., Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro, 482 (México: Fondo de Cultura Económica, 2000).

¹⁷ Cosío Villegas, *Historia General de México*, 1213, 1245.

los pobladores, como transporte de productos y pasajeros, haciéndose algo común para actividades urbanas; y reemplazando gradualmente, al tranvía, los animales de carga y trenes de enlace regional.¹⁸

En la tercera década del siglo XX hubo una participación activa central del Estado para promover la ciencia y la tecnología. Se suscitó una fuerte institucionalización de la educación que pretendió la formación técnica con la creación de instituciones de investigación científica en satisfacción de las demandas de las ramas de energía -petrolera, eléctrica, nuclear-. Por lo que, se promovió el desarrollo económico autosostenido e independiente, considerando la ciencia y la tecnología los soportes principales del progreso de la nación. En cierto modo, la demanda de formación profesional por la diversidad de innovaciones hizo de la economía mexicana priorizar las ramas productivas en el establecimiento del modelo económico por sustitución de importaciones.¹⁹

Durante el sexenio cardenista se concedió reformas importantes en el aspecto agrícola, petrolero e industrial, que junto al modelo de sustitución de importaciones se produjo avances en varios frentes de la economía nacional. En primer lugar, el comercio exterior se reanimó; las exportaciones en 1932 estaban en su punto más bajo en 96.5 millones de dólares, pero en 1935 lograron ascender a 208 millones de dólares. De igual modo, se cambió absolutamente la estructura de la propiedad rural, en 1930 las propiedades ejidales conformaron el 13% de las tierras cultivables; no obstante, en 1940 este porcentaje aumentó a un 47%. De hecho, las actividades industriales y terciarias durante este momento político crecieron más en relación a las actividades agropecuarias.²⁰

Por último, la expropiación petrolera en 1938 a pesar de los problemas que representó con mercados extranjeros junto a la ausencia de técnicos y nula capacidad de mantenimiento en los primeros meses, progresivamente el mercado

¹⁸ César A. Ordóñez López coord., *Universidad Pedagógica Veracruzana (1979-2017). Un horizonte de 38 años*. (Xalapa: Universidad Pedagógica Veracruzana, 2018), 13-14.

¹⁹ Enrique Semo, coord., *Historia Económica de México*, vol. 12, *La Tecnología siglos XVI al XX* (México: UNAM: OCEANO, 2004), 170-171.

²⁰ Cosío Villegas, *Historia General de México*, 1241-1242.

nacional absorbería la producción interna debido al crecimiento económico de México frente a la escasez de otras fuentes energéticas. Por lo tanto, la industria petrolera mexicana se valió de una política de vender al mercado interno a precios accesibles fomentando el desarrollo de la industria y la agricultura. En el sector manufacturero debido al encarecimiento de bienes importados sumado a la devaluación del peso, hubo una disminución entre 1930 y 1940 de obreros ocupados; no obstante, se logró un aumento en el valor de la producción. Por otra parte, el inicio de la Segunda Guerra Mundial restringió la oferta de bienes importados en la economía internacional. Esto ocasionó en el país un ritmo al alza de la producción, demostrando la capacidad de la base industrial en los años del cardenismo sin tener una inversión importante y, con base en la sustitución de importaciones apoyar el capital nacional; aunque, con el paso del tiempo la participación del capital extranjero volvería a posicionarse y crecer.²¹

ESTADO DE LA CUESTIÓN.

En México, las investigaciones históricas sobre la mortalidad son todavía escasas por la cantidad de acervos, padrones, censos y otro tipo de fuentes primarias por investigar. No obstante, las indagaciones de diversos especialistas han permitido conocer las condiciones en que se ha desenvuelto la mortalidad en algunos episodios o sucesos de la historia nacional, regional o local. Dentro de algunas investigaciones se subrayan los factores propiciadores de la mortalidad en una población, por mencionar, el hacinamiento, el abasto de agua, la limpieza pública, las políticas de salubridad e higiene, los avances de la ciencia médica, usos y costumbres. Inclusive, llegan a calcular o utilizar índices de natalidad, nupcialidad y migración, ampliando y profundizando el análisis histórico de la época y el espacio de atención. En otra latitud, otros estudios se fundan en una postura interpretativa con base en fuentes primarias como actas, empadronamientos, registros o memorias levantadas por autoridades civiles o eclesiásticas. En algunos estudios sociodemográficos se centran sobre el impacto de epidemias, hambrunas y guerras, apreciando cálculos e índices de la mortalidad a través de registros de entierros y

²¹ Cosío Villegas, *Historia General de México*, 1242-1245.

disposiciones municipales de salubridad y condiciones imperantes de la higiene urbana.²²

En una instancia externa, artículos publicados por la *Revista Historia Contemporánea* versan en el análisis de la mortalidad, su posicionamiento y metodología de estudio, poseen relevancia para entender los aspectos de edad, lugar de origen, hacinamiento, patologías y tipo de defunciones en un espacio industrial durante el siglo XIX y principios del XX, especialmente en la región norte y vasca de España. Por tanto, estos trabajos han puesto mucha atención analizando la población y la mortalidad en la configuración de sociedades industrializadas atendiendo los parámetros de la *Transición Demográfica, Epidemiológica y Sanitaria*.²³

De forma parecida, trabajos de la *Revista Demográfica Histórica* de la Asociación de Demografía Histórica (ADEH) desde 1983 promueven el estudio de las poblaciones del presente y del pasado desde una perspectiva interdisciplinar. Se rescatan trabajos centrados en los mecanismos poblacionales, desde luego, para el esclarecimiento de regímenes demográficos, observando la inseparable unión entre factores económicos, sociales y sanitarios; el método probabilístico, el uso de indicadores socioeconómicos y de salud pública, para evaluar el bienestar de la población, la eficacia de la acción política y de avances médicos. Asimismo,

²² Podemos mencionar José Ronzón, *Sanidad y modernización en los puertos del Alto Caribe 1870-1915*. (México: Universidad Autónoma Metropolitana: Miguel Ángel Porrúa, 2004); Carlos Contreras, *La ciudad de Puebla, estancamiento y modernidad de un perfil urbano en el siglo XIX*. (Puebla, Centro de Investigaciones Históricas y Sociales, Instituto de Ciencias, Universidad Autónoma de Puebla, 1986); Miguel Ángel Cuenya, *Cabildo, Sociedad y Política en la ciudad de Puebla 1750-1910*. (Puebla, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Dirección General de Fomento Editorial, 2003) & *Salud, Enfermedad y Muerte en la ciudad de Puebla. De la Independencia a la Revolución*. (México: Educación y Cultura: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2010).

²³ Entre estos estudios se añaden: Mercedes Arzaiba, "Urbanización y condiciones de vida en Vizcaya (1877-1930): Aproximación a las causas sociales de la Mortalidad infantil y juvenil". *Revista Historia Contemporánea* núm. 18 (1999): 209-251; José Soriano, "La mortalidad infantil en los inicios de la transición demográfica, análisis de una parroquia de Yecla (Murcia): 1852-1930". *Revista Historia Contemporánea* núm. 18 (1999): 253-270; Esteban Rodríguez, "La construcción de la salud infantil. Ciencia, Medicina y Educación en la transición sanitaria en España". *Revista de Historia Contemporánea* núm. 18 (1999): 19-52; Rosa Gómez, "Morir infante o morir anciano", *Revista Historia Contemporánea* núm. 18 (1999): 13-18; Manuel González Portilla, *Los orígenes de una metrópoli industrial: La Ría de Bilbao*. Volumen I y II. Bilbao: Fundación BBVA, 2001.

exponen una preocupación en torno al alcance explicativo de la teoría de la *Transición Demográfica* en el desarrollo poblacional de ciertos espacios, promoviendo estudios de carácter regional que aclaren conductas y relaciones sociales del proceso demográfico, que no se perciben con una simple mirada estadística, añadiendo la importancia del proceso sanitario y políticas públicas de higiene dentro de la evolución poblacional.²⁴

Equivalentemente, algunas obras colaboraron en la reflexión del problema de investigación del trabajo. Tal es el caso, de *Historia mínima de la población mundial* de Massimo Livi Bacci, que consiste en una compleja síntesis para entender el desarrollo de la población global y entreteje una serie de variantes que dan cuenta del comportamiento de natalidad, migración, esperanza de vida y mortalidad en momentos específicos de la humanidad. Sin duda, la profundización de la mortalidad como un sistema de regulación, que condiciona la vida misma de los seres vivos de acuerdo a las características particulares que coexisten con el espacio y la sociedad.²⁵ Además, la búsqueda de comprensión de las adaptaciones históricas, necesarias para interpretar precisamente la demografía a través de elementos específicos: factores sociales y culturales (crianza de niños, higiene, mejoras en la vida material, avances médicos y científicos).

Asimismo, *Transición Demográfica y Migración en Sonora. Un estudio regional de la evolución de la población durante la segunda mitad del siglo XX* de Ana Lucía Castro motivó emprender el presente proyecto de tesis. Antedicha

²⁴ Estos son artículos de la *Revista Demográfica Histórica*: Margarita Gonzalvo-Cirac & Fernando Gil-Alonso, “El descenso pionero de la mortalidad en la provincia de Tarragona, 1900-1960: análisis epidemiológico”, *Revista de Demografía Histórica*, núm. 30, (202): 25-125.; Rosa Gómez Redondo & Aina Faus Bertomeu, “Estadísticas de causas de muerte: Una revisión de las fuentes de datos a lo largo del siglo XX”. *Revista de Demografía Histórica*, núm. 36 (2018): 43-69; Jaime de las Heras Salord & María Isabel Porras Gallo, “Análisis de la transición demográfica y sanitaria en Casas de Juan Núñez (Albacete, España) durante el período 1871- 2005”. *Revista de Demografía Histórica*, núm. 28 (2010): 97-133; Fausto Dopico & Abel Losada, “Cantidad y calidad de vida. El empleo de indicadores de mortalidad en la medición del bienestar”, *Revista de Demografía Histórica*, núm. 25 (2007): 167- 192; Josep Bernabeu, Ramiño Fariñas, Sanz Gimeno & Robles González, “El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones”, *Revista de Demografía Histórica*, núm. 21 (2003): 167-193. Del mismo Josep Bernabeu, “Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942”, *Revista de Demografía Histórica*, núm. 16 (1998): 15-38 & “Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria”. *Política y Sociedad*, núm. 35, (2000): 45-54.

²⁵Massimo Livi Bacci, *Historia mínima*, 145-146.

investigación se sostiene en el proceso migratorio como pieza cardinal en la interpretación de la *Transición Demográfica* en Sonora, con gran atención en la política de repartición de tierras y la modernización agrícola. No obstante, el estudio plantea que a pesar de la difusión de nuevas tecnológicas y el conocimiento de la salud siguieron presentándose en las últimas décadas del siglo XX afecciones en el período perinatal, enfermedades infecciosas e intestinales características del antiguo régimen demográfico. Deteniéndose en la desigualdad socioeconómica como fundamental en un proceso de modernización exiguo para la calidad de vida en la entidad nortea.²⁶

Particularmente, se retomaron estudios en una aproximación del panorama general de la ciudad y región de Orizaba. De esta manera, se analizaron los efectos económicos de la industria textil mexicana y la vida de los trabajadores de las manufactureras, donde este sector tuvo un impacto trascendente en la productividad y crecimiento económico de Orizaba durante el Porfiriato. En este punto, las aportaciones de Aurora Gómez Galvarriato y Bernardo García Díaz permiten un contexto social y económico alrededor de las manufactureras del valle orizabeño, donde el auge industrial de la región permitió entender el mecanismo productivo y la estructura social en la transformación económica de la región. Del mismo modo, la contribución de César Augusto Ordóñez con base en las dinámicas de inversión desplegadas por grupos de poder concentrados en el núcleo urbano de Orizaba, el comportamiento de empresarios de la élite regional junto a los mecanismos de financiamiento auspiciados por el Porfiriato y durante la Revolución Mexicana en el proceso de reorganización del Estado nacional, asistió significativamente en la contextualización y dinámica de Orizaba.²⁷

²⁶ La importancia investigativa resalta en la investigación del fenómeno migratorio que adquiere relevancia en la evolución demográfica ante su relación con los niveles de natalidad y mortalidad entre un polo de desarrollo económico y concentración poblacional durante la trayectoria de la Transición Demográfica en el país.)

²⁷ Aurora Gómez Galvarriato, *Industria y Revolución: Cambio económico y social en el Valle de Orizaba* (México: Fondo de Cultura Económica, 2016); Bernardo García Díaz, *Un pueblo fabril del Porfiriato Santa Rosa, Veracruz* (México: Fondo de Cultura Económica, 1981) & “Los obreros Textiles de Santa Rosa y la Revolución” (Tesis de Doctorado, BUAP, 2011); Cesar Augusto Ordóñez López, *La Sucursal del Banco Mercantil de Veracruz en Xalapa, 1904-1910* (México: IVEC, 2005) & “El

Finalmente, mencionar el estudio de Eulalia Ribera Carbó al observar detenidamente el proceso del trazado urbano en Orizaba. Realizando un examen de las características particulares yuxtapuestas por los cambios y continuidades del proceso de urbanización: un estudio de la historia urbana y la geografía histórica de las estructuras del espacio colonial y los proyectos de ordenamiento durante los regímenes liberales. En el mismo ámbito, merece una mención la obra de Joaquín Arróniz de 1867, un testimonio de la época contribuyendo a la historia, la geografía y la economía de Orizaba desde su fundación hasta la segunda mitad del siglo XIX.²⁸

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El proyecto abordará la mortalidad para explicar el desarrollo de un espacio como Orizaba dentro de un período histórico: la década de 1930-1940. Se establecerá un estudio del pasado sobre la estructura social y poblacional para vislumbrar y dimensionar la mortalidad como elemento innato del régimen demográfico durante la época posrevolucionaria. Un segundo aspecto, es dilucidar el proceso de la *Transición Demográfica* de México, en un momento de cambios importantes en la política y economía nacional, enfatizando un estudio que contemple como cada población experimenta un proceso particular en el comportamiento demográfico debido a múltiples factores desde sociales hasta biológicos.²⁹

Una de las primeras dificultades en el análisis histórico de la mortalidad es formar una noción demográfica del pasado, buscando más allá de su carácter meramente estadística, sino también su faceta sociohistórica. Es decir, comprender la mortalidad bajo las diversas formas que se presenta este fenómeno, sirviéndonos de aspectos históricos propiamente del espacio y el tiempo que se desea estudiar.

Desarrollo Financiero de los grupos de poder en Orizaba. Banca y Crédito Tradicional" (Tesis de Doctorado, Universidad del País Vasco, 2013).

²⁸ Eulalia Ribera Carbó, *Herencia colonial y modernidad burguesa en un espacio urbano: el caso de Orizaba en el siglo XIX* (México: Instituto Mora, 2002); Joaquín Arróniz, *Ensayo de una historia de Orizaba* (México: Citlaltépetl, 1959).

²⁹ En la historia la mortandad no sólo apunta a comportamientos sociales y demográficos sino a factores naturales como los elementos ecológicos y biológicos que persisten en un espacio: vegetación, altura, hidrografía y patologías.

Dicho juicio de ser correcto, nos devela profundamente el comportamiento demográfico conectado a los ejes sociales, económicos, culturales, políticos, tecnológicos y médicos en el pasado, los cuales adquieren un papel trascendental en los índices demográficos de la población.³⁰

Ciertamente, en México se obtuvo una reducción de la tasa de mortalidad y un incremento de la esperanza de vida a mitad del siglo XX. Lo anterior, apunta a circunstancias de mejores condiciones urbanas, sanitarias y médicas, sin embargo, el alza de la esperanza de vida no reflejó plenamente la ruptura de ciertos patrones en la mortalidad. En consecuencia, se determinó una estrecha relación entre condiciones sociales y económicas entre la población, y que todavía permanecieron brechas sociales substanciales en la forma de morir entre diferentes sectores de la población.³¹

La postura teórica de la *Transición Demográfica* permite valorar el trayecto histórico de una población desde una postura general. En el presente estudio se busca otorgar un mayor alcance interpretativo desde la historia. Debido a que las constantes reinterpretaciones muchas veces dejan de lado particularidades de ciertas sociedades, en favor de la generalización en la dinámica demográfica de amplias regiones y países. Usualmente, ausentándose el estudio de continuidades y cambios en eventos vitales como la mortalidad y su estrecho vínculo con las condiciones sociales, la urbanización, la tecnificación de actividades productivas y el sistema de salud pública.³² En el presente, entender la conducta demográfica de las poblaciones incide especialmente en gobiernos para ejercer políticas públicas; por lo que, cada espacio posee diferencias en el interior de un país. Se puede

³⁰ Paolo Macry, *La sociedad contemporánea* (Barcelona: Ariel, 1997), 67.

³¹ Patricio Solís & Víctor M. García-Guerrero, ¿Caminos divergentes a la baja mortalidad? El incremento en la esperanza de vida y la desigualdad de años vividos en América Latina y Europa, *Revista de Demografía Histórica* núm. 2 (101), (mayo-agosto, 2019): 366-367

³² E. Robles González, Bernabeu Mestre & Benavidad, "La Transición Sanitaria: Una revisión conceptual", *Revista de Demografía Histórica*, núm. 14, (1996): 137. En palabras de Chesnais: "de hecho es más preciso pensar que cada población operaba en un *sistema de flexibilidad demográfica, coherencia y sinergia*, antes de la transición, que hace imposible definir una sola fecha en la cual se podría decir que empezó la transición". Tomado del artículo de Chris Wilson & Pauline Airey, "¿Qué puede la Teoría de la Transición Demográfica Aprender de la diversidad de regímenes demográficos de bajo crecimiento?", *Revista de Demografía Histórica*, núm. 17, (1999):180.

interpretar el contexto socioeconómico de cada lugar, no obstante, las diferentes maneras de morir son heterogéneas entre espacios internos en un vasto territorio: se requiere un análisis más profundo y diverso de las causas en la mortalidad.

Un análisis global de las cualidades históricas de la mortalidad tiene limitaciones, cada espacio tiene divergencias en su desarrollo histórico. Actualmente, tanto la demografía y la medicina en la ruta de la mejora de la salud de pública, han visto que, a pesar de los grandes progresos en el siglo XX en la población de América Latina, subsistieron poblaciones con condiciones similares a las que hubo en Europa hace casi dos siglos atrás. Esto es preocupante debido a que estas poblaciones no son minoritarias; en muchos casos comprenden una proporción importante dentro de la población total en esta parte del mundo. Esta situación es de suma atención, debido a que los niveles y cualidades de la mortalidad entre regiones y países dan información de perspectivas o proyecciones a futuro de cada sociedad o de la humanidad.³³

Dicho lo anterior, esta investigación se respalda en su originalidad y pertinencia. El análisis histórico y demográfico utiliza la estandarización de variables, visualizando el desarrollo poblacional de un espacio durante crisis epidémicas, hambrunas o procesos de transformación económica, social y tecnológica. Si bien, este es uno de los intereses y características que posee esta investigación, no es absoluto; sino, prepondera por estudiar y contextualizar históricamente aspectos que enriquezcan las posibles respuestas, conjeturas o disertaciones entorno a la mortalidad aunado a una variedad de fenómenos interdependientes que determinan cambios en la estructura poblacional en un determinado momento y espacio en la historia de México.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

- Realizar un análisis histórico de la mortalidad de la ciudad de Orizaba en 1930-1940 para establecer horizontes explicativos sobre el desarrollo y

³³ Hugo Behm Rosa, "Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina", *Revista Cubana de Salud Pública* núm. 2 (2017): 307.

estructura demográfica en un período preliminar de la *Transición Demográfica*. Del mismo modo, abordar en su dimensión histórica las características sociales, económicas y culturales de la mortalidad durante esta década a nivel regional y nacional.

Objetivos particulares:

- Utilizar las actas de defunción del Registro Civil para analizar la mortalidad entre 1930-1940 en la ciudad de Orizaba.
- Realizar una base de datos a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba (1930-1940) con la siguiente información a consultar, clasificar y analizar: *edad, sexo, estado civil, oficio, origen, vecindad, causa de muerte y domicilio del finado*.
- Representar la estructura poblacional de Orizaba con el debido tratamiento y explicación del conocimiento histórico para la década de 1930-1940.
- Formar una aproximación de la sociedad orizabeña durante la década de 1930-1940.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

El siguiente proyecto busca profundizar el devenir histórico de la sociedad y población orizabeña en la década de 1930-1940. Analizando la mortalidad junto a sus diversas características que la rodean y entender el desarrollo demográfico de Orizaba. Por lo tanto, la investigación intentará responder las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles fueron las características sociales y poblacionales de Orizaba en la década de 1930-1940? ¿Cómo se percibe a través de Orizaba las transformaciones políticas, sociales, económicas y demográficas durante el México posrevolucionario? ¿Cuál fue el papel y el impacto en la formación del sistema de salud pública y políticas de salubridad e higiene en la población de Veracruz y Orizaba durante la posrevolución? ¿Cómo y de qué manera se desarrolló la mortalidad en Orizaba? ¿Cuál fue la estructura social y económica de Orizaba a través de la mortalidad? ¿Cómo se percibió la mortalidad infantil en Orizaba en la década de 1930 a 1940? ¿La mortalidad en Orizaba reflejó una prolongación de antiguo régimen demográfico o el inicio del proceso de modernización demográfica (Transición Demográfica)?

Finalmente, dos interrogantes versadas en el grado de trascendencia del trabajo salen a la luz:

- ¿Cuáles son los alcances explicativos de un estudio regional enfocado a la mortalidad en el desarrollo social y poblacional del México posrevolucionario? Y ¿Cómo puede contribuir esta investigación dentro de la disciplina histórica en la problematización de la Transición Demográfica al estudiar un espacio como Orizaba?

METODOLOGÍA.

El proyecto se sustentó en recuperar y sistematizar las actas del Registro Civil de Orizaba en la década de 1930-1940 a través de la plataforma de Family Search.³⁴ En este sentido, analizar variables de información para conocer las características sociales y el origen etiológico de la muerte. Este conjunto de elementos sirve para reconstruir un estudio poblacional, donde el acta de deceso adquiere un papel significativo como fuente histórica y demográfica al producir variables de análisis: *edad, sexo, estado civil, oficio, origen* (procedencia), *vecindad* (lugar de residencia) y *causa de muerte*. Estas categorías de información permiten una explicación y constitución del conocimiento histórico e implícitamente del aspecto biofísico y socioeconómico de una población. (Véase, anexo 1-cuadro 1).

El estudio histórico de la mortalidad presenta un esfuerzo de tipificación de las causas de muerte. Es una sistematización que requiere la asignación de criterios para poder realizar una clasificación. Consiste en un listado de todos los términos que incumben a un grupo de elementos definidos, los cuales están enlazados por una serie de juicios para ordenar sistemáticamente una jerarquía de características naturales o lógicas.³⁵ En otras palabras, una clasificación permite realizar un

³⁴ Sitio que posee colecciones de registros históricos microfilmados y digitalizados. Es la organización genealógica más grande del mundo con sede en Utah, posee registros genealógicos de más de 110 países. Cualquier persona puede participar ingresando a <http://indexing.familysearch.org>

³⁵ AJ. Ramos Martín-Vegue, *et al.*, "CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general", *Papeles Médicos*, núm. 11 (1) (2002): 24-25.

ejercicio estadístico, facilitando un examen de lo genérico a lo particular y conllevando una orientación de la observación del objeto de análisis.

En un primer momento, este proyecto pensó en retomar la categorización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), misma que ha funcionado por varias décadas como un método importante en la comparación nacional e internacional en el campo de la salud pública desde 1948 por la OMS y en estudios de morbilidad y mortalidad en la actualidad.³⁶ Sin embargo, tras un cotejo del complejo sistema de denominación y clasificación vigente, ésta era una dificultad que entorpecería tremendamente el estudio histórico de la mortalidad para este proyecto por el amplio abanico de posibilidades para la integración propia del trabajo.

En efecto, el factor enfermedad se ha convertido en un elemento vital para entender la evolución y estructura de las poblaciones, equivalentemente, dar instrumentos adaptables y útiles para la dimensión social e histórica de la mortalidad. Para Josep Lluís Barona existe en el estudio histórico una variabilidad de la conceptualización médica de las enfermedades, demostrando un problema de interpretación retrospectivo en el diagnóstico mismo del fallecimiento. Propiamente, la muerte es un fenómeno biológico, por ende, constituye un renglón del campo de la ciencia médica, que no se escapa de un discurso teórico construido históricamente sobre la salud y el padecimiento.³⁷ De este modo, la valoración de patologías en el pasado estaba delineado por patrones históricos de la sociedad; curiosamente, ni siquiera en el presente se ha podido consolidar una normalización terminológica y nosocomial para designar causas de muerte pese a los esfuerzos por la OMS a nivel mundial.

En consecuencia, se buscó establecer lazos de expresiones diagnósticas que aun siendo distintas y alejadas en el uso por el tiempo, pudieran contribuir al

³⁶ Recientemente fue aprobada la 11ª edición de la CIE por la Asamblea Mundial de la Salud en 2019 y entró en vigor en 2022 con una basta clasificación comprendida de 28 capítulos de diversas causas y enfermedades. Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª Revisión, <https://icd.who.int/en> (Fecha de consulta: 22 de agosto de 2022).

³⁷ Josep Lluís Barón, "Teorías médicas y la clasificación": 52.

conocimiento en lo que respecta a las variables de investigación, reduciendo a efectos relativos y principales en la medición y análisis de la mortalidad. Básicamente, se estableció un sistema de clasificación de las enfermedades y causas principales apropiado para el contexto histórico de nuestro interés, que fuera fundamental, accesible y generalizable al integrar los resultados junto aspectos cruciales (sociales, económicos y demográficos) tras la sistematización de las actas de defunción del registro civil de Orizaba.

De ahí que, para este proyecto se retomaron algunas categorías de la CIE, como enfermedades infectocontagiosas, neoplasias (cáncer), enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del aparato respiratorio, embarazo, parto o puerperio y afecciones prenatales y perinatales. En otra instancia, se pensaron para su análisis fallecimientos por alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades digestivas y hepáticas³⁸ y lesiones o causas externas, viendo en cada grupo de causas una oportunidad favorable para visualizar condiciones sociales, económicas y culturales para el estudio histórico. (Véase, cuadro 1).

**CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN.**

1.-ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS
2.-NEOPLASIAS
3.-ALCOHOLISMO
4.-ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
5.-ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
6.-ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICAS
7.-ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
8.-EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
9.- AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL
10.-LESIONES TRAUMÁTICAS Y CAUSAS EXTERNAS
11.-ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Fuente: Elaboración propia retomando algunas clasificaciones de la CIE-11.

³⁸ El término hepáticas se aplica a diversas enfermedades que impiden el funcionamiento del hígado. Existen diversas causas que se asocian a los resultados anormales del hígado, que no siempre se relacionan con el abuso o consumo de alcohol constante y prolongado en la vida de las personas. En algunos casos, suele estar asociadas por virus, parásitos, anomalías, problemas hereditarios, obesidad y tumores. En ese sentido, se optó por reunir las con las enfermedades del sistema digestivo; pero singularizar en otra variable (alcoholismo) las causas y enfermedades relacionadas al consumo abusivo de bebidas alcohólicas por su representación social, cultural e histórica.

El registro de la causa de muerte puede verse diagnosticada por una coexistencia de enfermedades o procesos patológicos en un mismo caso, para efectos prácticos, se determinó dar peso al criterio etiológico inmediato del mismo deceso; por ejemplo, al hablar de un fallecimiento por fiebre o diarrea disentérica se clasifica como disentería. Para condensar y categorizar toda la información se realizará una base de datos a través del software IBM SPSS, un programa estadístico usado principalmente con base en algoritmos (variables, etiqueta y valores). (Véase, anexo 2-cuadro 2).

Finalmente, en conjunto a la base de datos se analizará información vinculada al contexto histórico del período y espacio específico a partir de la revisión de fuentes primarias. Es decir, la consulta de empadronamientos, informes o actas del Archivo Histórico Municipal de Orizaba. Así como censos de población e informes y disposiciones de la autoridad municipal que dimensionen la estructura poblacional, las actividades económicas, las obras de infraestructura urbana y políticas públicas. Se suma información de gran utilidad sobre las políticas, proceso de urbanización, economía y población comunicadas por el aparato administrativo del gobierno del estado de Veracruz a través de la obra *Estado de Veracruz: de sus gobernadores 1826-1986* recopilada por la Dra. Carmen Blázquez Domínguez.³⁹

HIPÓTESIS.

La investigación afirma la persistencia de una mortalidad en Orizaba muy parecida a la de antiguo régimen demográfico. Por esta razón, un índice de muertes elevada de neonatos e infantes, y principalmente de enfermedades prevenibles como los padecimientos infecciosos, digestivos, respiratorios y congénitos. Si bien, existe un fortalecimiento de las medidas sanitarias y del sistema de la salud pública durante la formación del Estado posrevolucionario, con una fuerte migración interna a ciudades y un desarrollo económico importante a nivel nacional; esto no pareció ser,

³⁹ Carmen Blázquez (comp.), *Estado de Veracruz Informe de sus gobernadores 1826-1986*. Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz: 1986.

sustancial para mejorar los niveles de vida y condiciones sociales de la mayoría de la población en la ciudad de Orizaba.

Aunque, se presentaron de forma general tasas de mortalidad más bajas y se aumentó la esperanza de vida en el período posrevolucionario, no podemos hablar en un sentido absoluto de que en ese momento histórico inicia la Transición Demográfica en el país. De este modo, Orizaba como espacio de estudio asevera la dinámica de la mortalidad de un sitio trascendental en contraste del progreso económico, así como el desenvolvimiento mercantil e industrial del período. Pese a ello, quizás en algún grado se empezaron a visualizar algunos cambios en el perfil de la mortalidad en comparación a décadas precedentes, y evidenciar algunas vicisitudes de la sociedad mexicana como un impacto más claro de muertes por lesiones, accidentes o violencia, así como por algunas enfermedades de tipo crónico degenerativo.

CAPITULADO.

El presente trabajo se divide en tres capítulos. El primero se intenta mostrar un panorama general, pero condensando sobre la ciudad de Orizaba, resaltando su papel como núcleo urbano dentro de una región trascendental para el estado de Veracruz. Esencialmente, abordar el devenir histórico de la urbe exponiendo su importancia geográfica, economía, sociedad y población, a la vez, enfatizando su desenvolvimiento en las últimas décadas del siglo XIX hasta la cuarta década del XX. Así, construir un contexto y tener una perspectiva de la ciudad de Orizaba para la década de 1930 a 1940.

El segundo capítulo se realiza un amplio recorrido histórico de las políticas públicas e institucionales sobre la salud pública y la salubridad gestadas a partir del Porfiriato y establecidas durante y después de la Revolución Mexicana. Fundamentalmente, exteriorizar la formación de una medicina institucionalizada en el México posrevolucionario, en bríos de la centralización y cooperación de diversas instancias públicas, actores políticos y profesionales de la salud, para llevar a cabo medidas preventivas y asistenciales a nivel nacional y estatal. Así, incursionar en las medidas de higiene pública, asistencia médica y condiciones sanitarias en

Orizaba, explorando las actividades y prácticas de autoridades municipales como de la población general, en consonancia, a la política posrevolucionaria de prevención, atención y mejora de la salud de los mexicanos.

El tercer capítulo corresponde al análisis profundo de la mortalidad, tanto de manera demográfica como social. De esta forma, se compartirán los datos obtenidos y los índices respectivos de las actas de defunción de la década de 1930 a 1940. Entreviendo, la estructura social, así como, la composición etaria y ocupacional, siendo factores significativos en el desenvolvimiento poblacional y económico de la ciudad de Orizaba. De igual modo, realizar un examen de la mortalidad infantil, vital para aproximarnos a los niveles de vida de la sociedad orizabeña durante la época posrevolucionaria. Por último, estudiar la movilidad y avecindamiento, profundizando el fenómeno del flujo migratorio, el proceso de urbanización y la composición poblacional de Orizaba a través de la mortalidad.

CAPÍTULO I: SOCIEDAD, ECONOMÍA Y POBLACIÓN DE ORIZABA.

“Ciudad de las Aguas Alegres que, en su alegría, eleva su canto; mi querida Ahuilizapan, mi bella Pluviosilla, bello rinconcito veracruzano, que el Creador no lo hizo en vano y en la alborada de luna, parece océano. Orizaba: eres culta, soberbia y fascinante, fuiste la Manchester de la añoranza, tú esplendor, que el tiempo reserva. Acaso son tus calles que claman sus historias, o simples leyendas que el tiempo reclama entre sus sombras”. Poema Orizaba, José Alfredo Benítez Peña (2020).

A buen recaudo del Citlaltépetl en la zona montañosa de Veracruz a una altura que rebasa los 1mil 200 msnm, se ubica Orizaba. Un sitio de paso y camino alternativo entre el puerto de Veracruz y la Ciudad de México. Bordeada de prominentes parajes verdes para la actividad agropecuaria, y también del acaudalado cruce de ríos, Orizaba formaría parte del corredor fabril nacional más importante de finales del siglo XIX hasta principios del XX. La ciudad y el valle orizabeño han sido parte del interés de múltiples personalidades e historiadores, quienes han recalcado la ubicación geográfica como un primordial sello del desarrollo histórico y las actividades humanas de nuestro espacio de investigación.⁴⁰

⁴⁰ Véase: Eulalia Ribera Carbó & Fernando Aguayo, *Imágenes y ciudad: Orizaba a través de la lente, 1872-1910* (México: Instituto Mora: Universidad Veracruz, 2014); Eulalia Ribera Carbó, *Herencia colonial y modernidad burguesa en un espacio urbano: el caso de Orizaba en el siglo XIX*, (México: Instituto Mora, 2003); Bernardo García Díaz & Laura Zevallos Ortiz, *Orizaba/ texto e investigación* (Veracruz: Archivo General del Estado de Veracruz, 1991); Bernardo García Díaz, *Los trabajadores del Valle de Orizaba y la Revolución Mexicana: retratos de grupo* (México: Instituto Veracruzano de la Cultura, 2011), *Documentos, testimonios y crónicas de la Revolución mexicana en Veracruz* (Veracruz, Gobierno de Veracruz, 2010) & *Un pueblo fabril del porfiriato: Santa Rosa, Veracruz* (México: FCE, 1981); Hubonor Ayala, “Salvaguardar el orden social: el manicomio del Estado de Veracruz, 1883-1920” (Tesis de Licenciatura, Universidad Veracruzana, 2005) & “La Beneficencia Pública y Privada en Veracruz, actores sociales e instituciones. El caso de Orizaba, 1873-1930” (Tesis de Doctorado, El Colegio de Michoacán, 2011); Enrique Rajchenberg, “De la caridad a la indemnización: Orizaba, 1918-1924 (Tesis de Doctorado, UNAM, 2002); Aurora Gómez Galvarriato, *Industria y revolución. Cambio económico y social en el valle de Orizaba, México* (México: FCE, 2016); Cesar Augusto Ordóñez, “El Desarrollo financiero de los grupos de poder en Orizaba. Banca y crédito tradicional (1880-1920) (Tesis de Doctorado, Universidad del País Vasco, 2013); Gerardo Galindo Peláez, *El Colegio preparatorio de Orizaba, 1824-1910: continuidad y cambio* (Xalapa: Universidad Veracruzana, 2013); Vicente Segura, *Apuntes para la estadística del Departamento de Orizaba/ formados por Vicente Segura, y dedicados al excelentísimo señor gobernador del estado libre de Veracruz, ciudadano Miguel Barragan, en el año de 1826* (Jalapa: En la Oficina del Gobierno por Aburto y Blanco, 1831); Carlos Calero, *Orizaba* (Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970); Joaquín Arróniz, *Ensayo de una Historia de Orizaba*, Facsímil de la edición mexicana de 1867 (Veracruz, IVEC: Biblioteca Mexicana de la Fundación Miguel Alemán, A.C., 2004); José María Naredo, *Estudio geográfico, histórico y estadístico del Cantón y de la ciudad de Orizaba* (Orizaba: Imprenta del Hospicio, 2 volúmenes, 1898); Dante Octavio Hernández, *Monografía, cronología histórica y datos*

El presente capítulo no busca ser meticuloso, ni mucho menos docto sobre aspectos de carácter geográfico sin definir con profundidad elementos geoespaciales del valle de Orizaba. No obstante, sí proporcionar un acercamiento no solamente de la ciudad, sino de la región en cómo se ha desenvuelto en el tiempo, dimensionar sintéticamente los acontecimientos y las cualidades de la comarca orizabeña. En ese sentido, para Yovana Celaya un espacio geográfico está al unísono como lugar en que las personas se desarrollan, no solamente como parte de un territorio, sino de dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales.⁴¹ En concreto, el objeto es consentir una perspectiva general de la ciudad, región y población de Orizaba proporcionando un amplio horizonte histórico para la década de 1930-1940.

1.1.-ORIZABA: RAÍZ E INTEGRACIÓN.

En la parte central y montañosa de Veracruz existe un conjunto de ciudades y localidades, que transitan entre un paisaje escarpado y templado hasta un terreno llano y caluroso hasta las latitudes del Golfo de México. En esa porción territorial descansa la urbe de Orizaba, la cual ha destacado por ser un vínculo entre el puerto de Veracruz y la Ciudad de México. Asimismo, resaltando su papel como sitio de descanso, plaza comercial, centro de abastecimiento e intercambio mercantil y actividades fabriles a lo largo de su historia.⁴²

Durante la Colonia al amparo del tráfico comercial se configuró una columna de transporte y comunicación, entornada por pequeños pueblos y rancherías dispersos, y el levantamiento de ventas o mesones. Esta conformación se incentivó aún más cuando Orizaba adquirió el rango de Ayuntamiento (1764) y el título de Villa (1771).⁴³ Ulteriormente, la institución del Estanco de tabaco permitió acrecentar

estadísticos de Orizaba 1994 (Veracruz: Talleres de comunidad de Morelos S.A., 1994); Tamsa, A.C., *Orizaba Veracruzana* (México: Tamsa, 2018).

⁴¹ Yovana Celaya Nández, "La geografía veracruzana" en *Veracruz. Historia Breve* (México: FCE, 2011), 11.

⁴² Carbó, *Herencia colonial*, 31; Sergio Florescano Mayet, *El camino México-Veracruz en la época colonial* (México, Universidad Veracruzana: Centro de Investigaciones Históricas, 1987), 15; García & Zevallos, *Orizaba*, 11; Arróniz, *Ensayo*, 91; Carbó *Herencia colonial*, 31.

⁴³ Galindo, *El Colegio*, 27; Florescano, *El camino*, 49.

la economía del poblado junto a Córdoba y Zongolica, escogidos para la siembra exclusiva de la planta.⁴⁴ De ese modo, se robusteció el mercado agrícola-mercantil, que auspició la conformación de un grupo económico y político conformado por propietarios, hacendados y cosecheros.⁴⁵

Para el comienzo del siglo XIX se inició la importante explotación de la caña de azúcar junto a siembras menores como el plátano, el chile, el frijol, el maíz, la arveja y otros productos de origen animal desde porcino, bovino, ovino hasta leche y huevos.⁴⁶ Ahora, rodeada principalmente de grandes haciendas Orizaba se perfiló como el núcleo urbano más importante de la comarca. Aún más, con el surgimiento de pequeños establecimientos en la fabricación de telas y manta, molinos de trigo, tenerías, sombrererías, gamucerías, talleres de tejas y ladrillos.⁴⁷

Se agregó el ejercicio hipotecario y crediticio en la obtención de préstamos entre la élite orizabeña. Propiamente, esta táctica de inversión estuvo orientada para algún negocio, comercio o cultivo; e implícitamente, expandir/engrandecer el capital a partir de los principales prestamistas frente a deudores con hipotecas y créditos.⁴⁸ Esta diligencia incrementó el valor de las haciendas y ranchos conurbados. De esta suerte, con el transcurso de la Independencia y la desaparición del Estanco del Tabaco no evitó la ampliación agrícola de espacios como: la hacienda de Jalapilla y los ranchos de Rincón Grande, Escamela, El Espinal, Puerta Chica, Tlachichilco y Carrizal.⁴⁹

La apertura de la producción textil en la región de Orizaba llegaría en 1836 con Lucas Alamán y los hermanos Legrand (franceses), quienes con la gestión y

⁴⁴ García & Zevallos, *Orizaba*, 12; Arróniz, *Ensayo*, 248; Florescano, *El Camino*, 26; Galindo, *El Colegio*, 25.

⁴⁵ El Marqués de Branciforte y Virrey de Nueva España dio al Consulado de México una concesión para mejorar el camino México-Orizaba-Córdoba-Veracruz. Aparte de lo recaudado se determinó el cobro de peaje, en un primer momento en Orizaba y Córdoba, pero gradualmente se exigió el pago en otros lugares productivos para incrementar la recaudación en el perfeccionamiento de la vía de tránsito. Florescano, *El camino*, 93; García, *Orizaba*, 13.

⁴⁶ Galindo, *El Colegio*, 24.

⁴⁷ Carbó, *Herencia colonial*, 63.

⁴⁸ Véase más, en Cesar Augusto Ordóñez, "El Desarrollo financiero de los grupos de poder en Orizaba. Banca y crédito tradicional (1880-1920) (Tesis de Doctorado, Universidad del País Vasco, 2013).

⁴⁹ Carbó, *Herencia colonial*, 48; Arróniz, *Ensayo*, 493-495.

obtención de un préstamo del Banco de Avío establecieron la fábrica *Cocolapan* en el suroeste de la urbe orizabeña. En 1841, esta manufacturera era la más grande del país empleando a 600 trabajadores, 240 telares y 11 mil husos originando un acrecentamiento poblacional y escalamiento significativo del sector industrial textil del valle de Orizaba.⁵⁰ Por otro lado, *Cocolapan* motivó el trazado ferroviario tras su adquisición por el reconocido empresario Manuel Escandón, quien junto a la élite de regional y su filiación política hacia Maximiliano I se realizó el primer tendido ferroviario por Orizaba.⁵¹

En 1873, la inauguración del Ferrocarril Mexicano fortaleció la posición de Orizaba, amplió el comercio agrícola y la inversión del mercado de exportación de la región. Ulteriormente, incentivó el auge manufacturero del valle orizabeño por medio del otorgamiento de concesiones y privilegios a empresarios extranjeros y nacionales de la región central de Veracruz en el Porfiriato. En cuyo caso, el flujo migratorio barcelonete con herencia en la producción textil se incrustó en el mercado fabril nacional, comenzado con la compra de la manufacturera *Cerritos*. Así, en conjunto con apoderados formaron empresas sustanciales para la economía mexicana.⁵²

El Palacio de Hierro, El Puerto de Liverpool y La ciudad de Londres reconocidas tiendas departamentales eran de capital barcelonete y norteamericano, acentuando la figura del empresario Thomas Braniff. Dicha asociación crearía la Compañía Industrial de Orizaba (CIDOSA). Precedentemente, en 1881 se había inaugurado la fábrica textil *San Lorenzo* de Braniff en el pueblo de Nogales, y un año más tarde la fábrica de *Cerritos* de Enrique Luis Wiechers. Estas dos fabriles

⁵⁰ Arróniz, *Ensayo*, 587-588; Carbó, *Herencia colonial*, 62-65; Eulalia Ribera Carbó, "Orizaba. La Capital veracruzana que pudo haber sido" en Tamsa, A.C., *Orizaba Veracruzana*, (México: Tamsa, 2018), 32.

⁵¹ Ordóñez, *La Sucursal del Banco Mercantil de Veracruz en Xalapa, 1904-1910* (Veracruz: IVEC, 2005), 41; Carbó, "Orizaba. La Capital", 33.

⁵² Muchas compañías francesas fundaron sus propias casas comerciales en París y en Manchester. En 1870, había más de 40 tiendas mayoristas de importación alemana en México, en 1889, solamente una tercera parte. La última fue en 1892. En cambio, en 1890 las casas comerciales barcelonetes en el país eran 110 y para 1910 fueron 214. Fue así que, los barcelonetes se convirtieron en los accionistas más significativos y directores principales de bancos y compañías manufactureras más importantes al final del siglo XIX en México. Las tres compañías de la empresa monopólica se conformaron de: -Signoret Honnorat & Cía.; Lambert, Reynaud & Cía.; y Garcin Faudon & Cía-. Galvarriato, *Industria y Revolución*, 44-54; Carbó, "Orizaba. La Capital", 33; García, *Un pueblo fabril*, 10-11.

acumularían la inversión necesaria para fundar la fábrica de Río Blanco, que se inauguró en 1892 en el antiguo pueblo de Tenango del Río con 1 mil telares y 43 mil husos. Finalmente, la expansión de CIDOSA concluyó con la compra de *Cocolapan* de los Escandón en 1889.⁵³

Idénticamente, en 1896 se formó la Compañía Industrial Veracruzana (CIVSA) mayoritariamente de capital francés (barcelonete). Esta otra asociación instaló la fábrica de hilados y tejidos de *Santa Rosa* en los terrenos del municipio de Necoxtla con 1 mil 400 telares, 40 mil husos y 4 estampadoras, siendo la segunda fabril más grande de México.⁵⁴ La avenencia de la producción textil con las dos grandes sociedades industriales del valle orizabeño se acompañó de la fabril *El Yute* en el sureste de la ciudad de Orizaba y la *Mirafuentes* en el municipio de Nogales, fundadas en 1893 y 1900, respectivamente.⁵⁵ De ese modo, al inicio del siglo XX se configuró el corredor textil de la zona montañosa veracruzana, apuntaladas por el tránsito del Ferrocarril Mexicano y fuerza motriz eléctrica con base en la riqueza hídrica e impulso de los ríos de la demarcación.

Cuadro 2
Fabriles en el valle de Orizaba.

Fábrica	Ubicación	Propietarios
Cocolapan	Orizaba	CIDOSA
San Lorenzo	Nogales	CIDOSA
Cerritos	Orizaba	CIDOSA
Río Blanco	Tenango del Río	CIDOSA
Santa Rosa	Santa Rosa	CIVSA
“El Yute”	Orizaba	Weetman Dickinson Pearson
Mirafuentes	Nogales	Nocross Taylor

Fuente: Cesar Augusto Ordóñez, *El desarrollo financiero de los grupos de poder en Orizaba. Banco y crédito tradicional (1880-1920)*, 86.

La integración nacional de proyectos de carácter económico, industrial y de transporte para la región de Orizaba significó la tecnificación de actividades productivas, que incentivó un despliegue de producción extensiva y movilidad

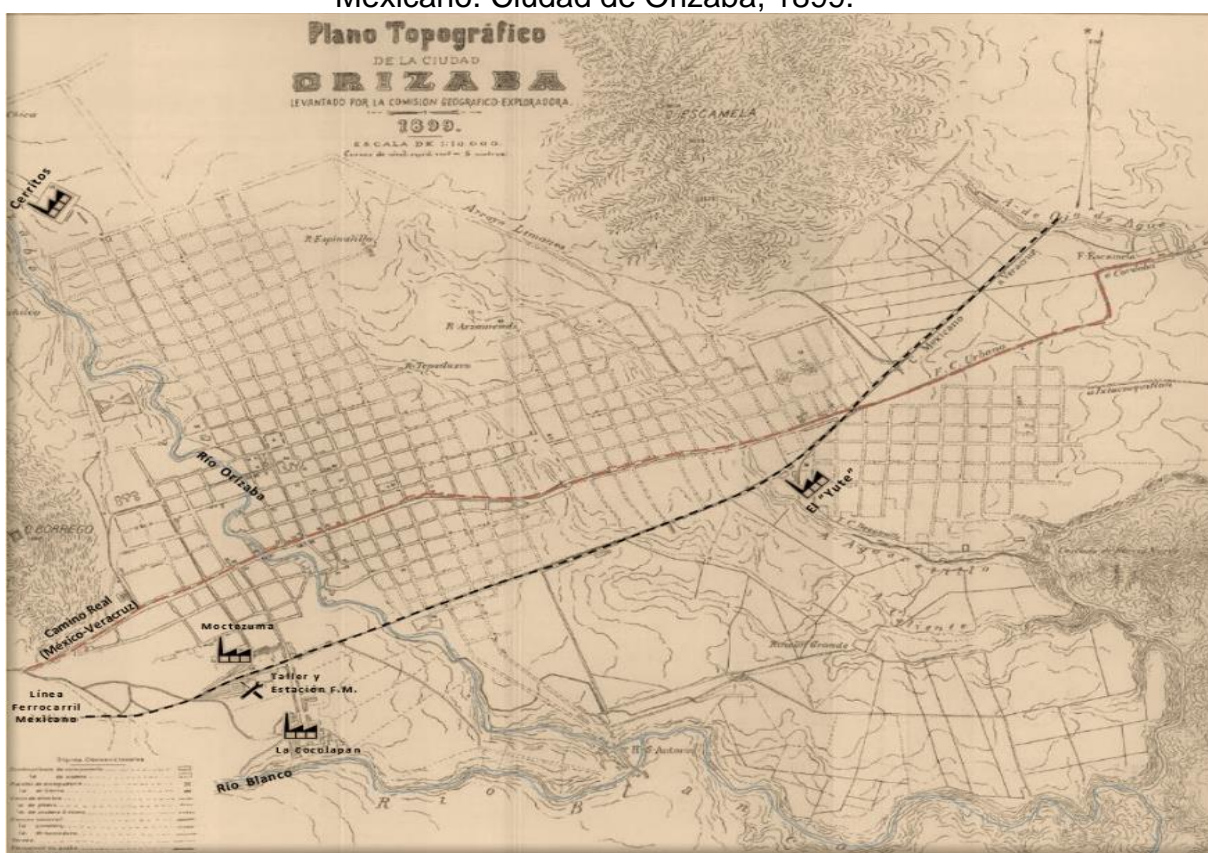
⁵³ García, *Un pueblo fabril*, 13; García & Zevallos, *Orizaba*, 19-20; Carbó, “Orizaba. La Capital”, 34.

⁵⁴ García, *Un pueblo fabril*, 23-29; Galvarriato, *Industria y Revolución*, 55; Carbó, “Orizaba. La Capital”, 34-35.

⁵⁵ Carbó, “Orizaba. La Capital”, 34-35; García & Zevallos, *Orizaba*, 21.

poblacional.⁵⁶ Como el caso de la tradición alemana en la elaboración de cerveza en la inauguración de la *Cervecería Moctezuma* en 1896 en el interior de la urbe orizabeña.⁵⁷ Además, *La Especial* y *La Suiza* en la fabricación de prendas de vestir, ambas con una significativa mano de obra femenina de aproximadamente 500 costureras.⁵⁸ En esencia, por separado de las grandes industrias brotaron multitud de talleres, negocios e industrias pequeñas como tenerías, carpinterías, vinaterías, zapaterías, sombrererías, tiendas y almacenes en la transición del siglo XIX al XX.

Mapa 1
Principales industrias fabriles, el camino real, ríos y la línea del Ferrocarril Mexicano. Ciudad de Orizaba, 1899.



Fuente: Elaboración propia a partir del *plano topográfico de la ciudad de Orizaba*, Comisión Geográfica Exploradora, 1899, Mapoteca Manuel Orozco y Berra.

⁵⁶ César A. Ordóñez López, *Universidad Pedagógica Veracruzana (1979-20179. Un horizonte de 38 años* (Xalapa: Universidad Pedagógica Veracruzana, 2018), 38.

⁵⁷ En 1896, cuatro ciudadanos germánicos: Von Alten, Buckhart, Mantel y Hasse, asociados con la familia Suberbié, empresarios locales y porteños, quienes empezaron a producir la bebida fermentada de maltas y cebadas en las instalaciones electrificadas, a un costado de las vías férreas y frente a la fábrica de Cocolapan. Carbó, "Orizaba. La Capital", 35; García & Zevallos, *Orizaba*, 23.

⁵⁸ García & Zevallos, *Orizaba*, 24.

La ciudad de Orizaba como núcleo urbano posibilitó el abastecimiento y circulación del excedente de la producción agrícola y transformativa de la región. Durante el Porfiriato se optimizó las operaciones mercantiles entre las plazas más importantes de Veracruz (Xalapa, Orizaba, Córdoba, Veracruz). Así, como la formación de instituciones bancarias⁵⁹, debido a la *Ley de Instituciones de Crédito* (1897) y la abolición de las alcabalas (1895), que adentró en una fase expansiva al crédito y la banca fomentando inversiones hacia la industria, la agricultura y el comercio.⁶⁰ Tal fue el caso, de la apertura de las sucursales del Banco Mercantil de Veracruz en Orizaba y Xalapa en 1904, prueba del desarrollo de la red bancaria y la integración de los grupos de poder asentados en Veracruz.⁶¹

El estallido de la Revolución mexicana, junto a las demandas populares, confrontó el orden social y el progreso material de una élite que había sido beneficiada por el régimen porfirista. Se iniciaba un proceso de movimientos sociales que buscaban tener mejores condiciones de trabajo e incrementos salariales. En cierto modo, las huelgas en San Lorenzo, Cerritos, Santa Rosa y la más conocida en 1907 de Río Blanco⁶² pronosticaron el comienzo de un período en contra de la perpetuación de Díaz y, el surgimiento de grupos de la sociedad mexicana en bríos del reconocimiento de sus derechos políticos y laborales.⁶³

⁵⁹ Como el Banco Mercantil Mexicano, Banco Mercantil Agrícola e Hipotecario y el Banco Internacional e Hipotecario.

⁶⁰ Ordóñez, *La Sucursal*, 92-93.

⁶¹ En 1897, el marco jurídico influyó en la elite estatal y la experiencia del grupo porteño en negocios bancarios, que sirvió para la fundación del Banco Mercantil de Veracruz al firmarse un convenio ante la Secretaría de Hacienda para el Establecimiento del Banco Mercantil de Veracruz, con la integración de un grupo de comerciantes de origen español y empresarios consolidados a nivel nacional.

⁶² A fines de 1906 los obreros orizabeños se solidarizaron con sus colegas de Puebla, quienes estaban en paro laboral en demanda de la mejora de sus derechos elementales. Mientras tanto, Díaz aprobó un reglamento laboral de las fábricas textiles, mismo que no logró resolver la complejidad laboral ocasionada por los abusos de los industriales y las peticiones de la clase obrera. Por ello, tras el dictamen de reanudar actividades en las manufactureras el 7 de enero de 1907, el Círculo de Obreros Libres de Orizaba no lo efectuó e instigados por el atropello cometido se abalanzó contra la tienda de raya de Víctor Garcín. De esta suerte, el colectivo obrero de la región de Orizaba fue reprendida violentamente por el 13º batallón militar al mando del coronel Rosalino Martínez. Este suceso se conoció como la revuelta y la matanza de Río Blanco, en Galvarriato, *Industria*, 155-157.

⁶³ Carbó, "Orizaba. La Capital", 39; García, *Un pueblo fabril*, 150-151; Heriberto Peña Samaniego, *Río Blanco. El Gran Círculo de Obreros Libres y los sucesos del 7 de enero de 1907* (México: CEHSMO, 1975), 77-81.

Durante el proceso revolucionario la región de Orizaba se convirtió en uno de los principales baluartes del movimiento sindicalista mexicano, favorecido por la lucha de obreros textiles, cerveceros y ferrocarrileros. Se formó un Consejo Central que orilló al decreto de la *Ley de Asociaciones Profesionales* en la regulación del Estado, permitiendo negociar con directivos e industriales la mejora de condiciones laborales bajo el sostén del gobierno tanto estatal como nacional.⁶⁴ En 1916, los sindicatos de obreros textiles tenían un control sobre contrataciones y despidos de sus agremiados, así como de la exigencia del aumento o el pago de sueldos en pesos oro. Asimismo, pese al clima convulso revolucionario el empleo del crédito bancario proporcionó estabilidad financiera; si bien, hubo una declinación de la economía orizabeña en términos generales se mantuvo el rendimiento de la industria textil, cervecera y la agricultura con productos como: el maíz, café, chile seco, plátano, leña, maderas, cebada, frutas, algodón, haba, cedro, zarzaparrilla, etc.⁶⁵

En 1919, la creación de la Confederación Regional Mexicana (CROM) consiguió aglutinar a los diversos sindicatos de la región. La alianza junto Álvaro Obregón coadyuvó al derrocamiento de Carranza. Así, el colectivo obrero conformó un frente sólido para las decisiones de carácter político y social durante la posrevolución.⁶⁶ De todo esto, se vieron beneficiados los gremios de trabajadores urbanos, los cuales orillaron asiduamente a la admisión de contratos colectivos, disminución de horas laborales e incremento de sueldos. En 1921, la llegada del gobernador Adalberto Tejeda significó un amparo absoluto a las demandas de los sectores populares de Veracruz. Por mencionar, se aprobó la *Ley de Participación de Utilidades* y la reforma del artículo 139 de la *Ley del Trabajo* definitivas para el pago de indemnizaciones por enfermedades profesionales y accidentes de obreros.⁶⁷

⁶⁴ Aguirre, "Orizaba. Breve recuento", 45.

⁶⁵ Ordóñez, *El desarrollo financiero*, 69.

⁶⁶ Aguirre, "Orizaba. Breve recuento", 46; Rajchenberg, *De la caridad*, 66-68.

⁶⁷ Esta ley se debió en gran medida a un desacuerdo entre la Cámara del Trabajo y la Cámara de Industriales de Orizaba, acerca de la asistencia médica y el reconocimiento de la tuberculosis como enfermedad profesional de sus asalariados, ocasionando una huelga múltiple de los obreros de Río Blanco, San Lorenzo, Mirafuentes, Cerritos, Cocolapan y Santa Rosa, sumándose posteriormente empleados de la Moctezuma, la fábrica de cigarrillos El Progreso, la harinera La Florida, la hacienda

Entretanto, el movimiento obrero no se limitó únicamente a demandas laborales, además fomentó la conformación de espacios de recreo, práctica deportiva, educativa e incluso de crédito en el valle de Orizaba. Se construyeron canchas de fútbol, beisbol y basquetbol en Santa Rosa; en Río Blanco se abrió un Banco Obrero y una escuela textil; en Nogales, una escuela industrial nocturna para obreras, cooperativas de consumo, sanatorios, bandas de música y equipos deportivos.⁶⁸ Mientras tanto, en la ciudad de Orizaba se fundó el Centro Cultural Cinematográfico, asistido por miembros destacados de la sociedad orizabeña, quienes se reunían en el Club Rotario, que dio paso a la filmación de cintas del cine mudo como *Misterios*, *El tren fantasma* y *el Puño de Hierro*.⁶⁹

Llegado el Maximato, Emilio Portes Gil y representantes de la jerarquía católica firmaron en junio de 1929 un pacto que daba por concluido el conflicto cristero y reanudaba los servicios religiosos. No obstante, en el segundo período como gobernador de Adalberto Tejeda (1928-1932) promulgó la ley 197 o conocida como *Ley Tejeda*, por lo que se estipuló únicamente la labor de un sacerdote por cada cien mil habitantes en la entidad y se entregó la mayor parte de templos a la Secretaría de Hacienda para acondicionarlos como escuelas.⁷⁰ Por lo tanto, Orizaba fue parte del conflicto anticlerical a través de obreros y maestros tanto rurales como urbanos. Según Soledad García, el gobierno posrevolucionario no exclusivamente combatió el credo católico sino a todas las religiones por ser contrarias a la transformación social y al avance revolucionario, eran consideradas fuente de la inconsciencia y manipulación freno de los derechos sociales y el mejoramiento de la vida pública.⁷¹

Entretanto, Orizaba como ciudad y región se mostró íntegra por la actividad textil junto al movimiento obrero, asimismo, se acompañó de un colectivo laboral dedicada a la industria azucarera, tabacalera, actividad portuaria, ferrocarrilera y

de Jalapilla y los de tranvías del Ferrocarril Mexicano, conocida como la "Huelga de los diez mil". Rajchenberg, *De la caridad*, 153-170; Aguirre, "Orizaba. Breve recuento", 46.

⁶⁸ Aguirre, "Orizaba. Breve recuento", 46.

⁶⁹ Aguirre, "Orizaba. Breve recuento", 47.

⁷⁰ García & Zevallos, *Orizaba*, 45; Aguirre, "Orizaba. Breve recuento", 47.

⁷¹ Soledad García Morales, "El conflicto Clerical en Veracruz en 1931" (Tesis de Maestría, Universidad Veracruzana, 1974), 109.

petrolera.⁷² Ciertamente, a partir de 1920 se vivió un momento de mayor calma en cuanto a las movilizaciones y enfrentamientos de carácter político-militar, pero existió una movilización mayor para la región en términos sociales y gremiales de los obreros.⁷³ A finales de esta década hubo crisis en algunas industrias de la zona orizabeña, como el sector tabacalero, objeto de la competencia para el mercado nacional e internacional, con una producción estandarizada hecha por máquinas y de baja calidad. Esta crisis se debió a que el mercado interno cada vez se veía más ajustado a la intensiva producción de cigarros, la apropiación de la demanda y una mayor productividad por parte del *Buen Tono* en Ciudad de México, que conllevó el cierre de la cigarrera la *Violeta* en 1929 en la ciudad de Orizaba.⁷⁴

La industria textil tuvo reparos graves por la crisis económica de 1929. La contracción del mercado nacional causó una sobreproducción del ramo, orillando al cierre de los centros de manufactura, la reducción de jornadas, los paros temporales y reajustes de personal. En 1930, la actividad productiva de CIDOSA y CIVSA fue irregular, y durante 1931 cuatro fábricas de la primera sociedad industrial se vieron en la obligación de cerrar por dos meses y reanudar labores únicamente a 27 horas semanales en aquellas fábricas con bodegas saturadas de los géneros.⁷⁵ Muy parecida fue la situación de trabajadores del Ferrocarril Mexicano, quienes alrededor del 50% de mecánicos de Orizaba y Apizaco fueron despedidos, debido a la innovación tecnológica por parte de la empresa General Electric, entre 1925 y 1926.⁷⁶

Al inicio de la década de 1930 la ciudad de Orizaba mantenía su preeminencia alrededor de su desenvolvimiento económico y social de la región montañosa veracruzana. *Pluviosilla* estaba circundada por actividades tradicionales del campo de pequeñas haciendas y ranchos como Atzacan, Rafael Delgado (Jalapilla), Ixtaczoquitlán, Ixhuatlancillo y La Perla, vislumbrando una jurisdicción que bordeaba

⁷² García, *Un pueblo fabril*, 116

⁷³ Carmen Blázquez, "De la Revolución de 1910 a la presidencia de Lázaro Cárdenas" en *Veracruz. Historia Breve* (México: FCE, 2011), 429.

⁷⁴ García & Zevallos, *Orizaba*, 42.

⁷⁵ García & Zevallos, *Orizaba*, 42.

⁷⁶ El perfeccionamiento de la fuerza motriz a partir del tren eléctrico representó la desaparición de las máquinas de doble caldera y, con ello, el gran cese del personal dedicado al mantenimiento de las máquinas de vapor. García & Zevallos, *Orizaba*, 43.

al norte, sur y este. Estas latitudes de carácter agropecuario estaban contrastadas por el paraje oeste con las poblaciones fabriles de Tenango, Nogales y Santa Rosa. En esta lógica, la ciudad de Orizaba estaba trazada en un plano regional internamente urbano en la ciudad, pero en sus amplitudes: un poniente de carácter industrial y en los restantes puntos cardinales del sector primario.

Finalmente, la región de Orizaba se puede sintetizar como un punto estratégico de circuitos mercantiles, agropecuarios y administrativos que se consolidó en el Porfiriato. Conformó un área de afluencia de movimientos sociales y políticos en el desarrollo de la Revolución mexicana y la instauración de políticas del Estado posrevolucionario. Este espacio de florecimiento del movimiento sindicalista por parte de los obreros, que en algún momento se agruparon en círculos mutualistas hasta conformar un grupo gremial sólido tuvo un alcance político para sus intereses colectivos y de figuras políticas del momento. Así pues, la ciudad de Orizaba adquirió un estatus como un *hinterland*, debido al influjo que tuvo la urbe principal del valle montañoso respecto a la cobertura comercial e infraestructura urbana para la comunicación y transporte de mercancías, apertura del crédito bancario en la diligencia empresarial y como pieza valiosa en la configuración del corredor fabril de Veracruz.

Mapa 2
La región de Orizaba.



Fuente: Elaboración propia a partir de OpenStreetMap & Google Earth.

1.2.-ARTICULACIÓN URBANA Y COMPONENTES SOCIALES.

La ciudad de Orizaba se caracterizaba por su importante actividad económica y vida social inmersa en la región central de Veracruz. Un espacio urbano atractivo para la movilización de personas y familias provenientes del medio rural y agrícola del extenso y amplio territorio de Veracruz y entidades federativas vecinas, quienes buscaban principalmente ingresar en las filas de labor de la industria textil de la región. Así, una multitud de personas provenían de Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Ciudad de México, Querétaro y Guanajuato para instalarse en la urbe de Orizaba y/o sus alrededores.⁷⁷

Eventualmente, el proceso de la Revolución Mexicana marcó un vigor en la actividad sindical, debido a la notoriedad de la actividad manufacturera y otras diligencias del sector industrial comprendidas durante el Porfiriato en la ciudad de Orizaba. En 1919, la Confederación Sindicalista de Orizaba se afilió a la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), consolidando el inicio de una creciente sindicalización de trabajadores urbanos, entre éstos, las costureras de la fábrica *La Suiza*; los zapateros de *La Constancia*; los tabacaleros de *La Rica Hoja*, *El Progreso* y la sucursal de *La Prueba*; los empleados del *Sindicato de los Obreros Cerveceros de la Moctezuma*; y desde luego, los obreros de la fábricas textiles de *Cocolapan*, *Cerritos* y *El Yute*.⁷⁸

En tanto, la ciudad orizabeña en la posrevolución preservaba su característica ornamentación y arquitectura colonial en armonía de las modificaciones urbanas de las últimas décadas. Delimitada por iglesias, casonas, molinos, puentes, parques públicos y un panteón municipal se habían agregado teatros, mercados, vecindades, centros deportivos, cines, industrias, vías férreas,

⁷⁷ Ordoñez, "La Sucursal del Banco Mercantil, 54; Heriberto Peña Samaniego, *Río Blanco. El Gran Círculo de Obreros Libres y los sucesos del 7 de enero de 1907*. (México: Centro de Estudios Históricos del Movimiento Obrero Mexicano, 1975), 11-12; Bernardo García, "Un Pueblo Fabril", 30-36 y Galvarriato, "Industrial y Revolución", 55.

⁷⁸ García & Zevallos, *Orizaba*, 40

una plaza de toros y un palacio municipal, ésta último vestigio testimonial del *Art Nouveau* del porfirismo.⁷⁹ De este modo, Orizaba se resguardaba entre:

“[...] la tenaz persistencia de su semblante colonial, de arquitecturas armoniosas y ritmos acompasados, y la irrupción agitada y transformadora de modernidades industriales y ferroviarias. La ciudad crecía y se reformaba. Un ferrocarril urbano tirado por mulitas recorría sus calles y conectaba a Orizaba con los pueblos fabriles del cantón. Las hidroeléctricas que servían a las industrias hicieron contrato con el ayuntamiento para iluminar las calles con luces de arco; se construyeron casas, un nuevo cementerio municipal y un manicomio; se inauguraron elegantes hoteles, estatuas, monumentos y kioskos, así como un palacio belga construido a base de una estructura de hierro en plena plaza de armas; se fundaron sociedades científicas, artísticas, una academia de música; se abrieron escuelas y se hicieron reformas educativas, se creó el equipo de fútbol de Orizaba, A.C.”.⁸⁰

El interior de la urbe se intercomunicaba fácilmente de norte a sur por la avenida Francisco I. Madero hasta la iglesia de San Juan de Dios. Y de este a oeste, entre el panteón municipal Juan de Luz Enríquez hasta el parque de la Alameda por la avenida Colón. Este núcleo vital e interno de Orizaba se regodeaba de colonias y viviendas en los cuatro puntos cardinales, bajo la orientación del sistema cartesiano en calles y avenidas (norte, sur, poniente y oriente).⁸¹ Durante la etapa posrevolucionaria la expansión de la ciudad ocasionó el florecimiento de vecindades, aparte, de los barrios obreros de Cocolapan, Barrio Nuevo, Santa Anita y el Arenal, donde diversos residentes de la clase trabajadora se hacinaban en estos humildes y descuidados domicilios.⁸²

El espacio urbano de Orizaba se acompañó de la vida social representada por pasatiempos, diversiones y actividades recreativas. En 1925, se inauguró el *Club Femenino Moctezuma* por Elsa Petterson, orizabeña educada en Suecia,

⁷⁹ El Palacio de Hierro (Antiguo Palacio Municipal), fue un edificio destinado a servir de sede a las oficinas municipales de la ciudad de Orizaba. Hecho totalmente de hierro, acero forjado y galvanizado, de estructura totalmente desarmable, puertas de madera y ornamentos de hierro fundido. Fue construido en Bélgica por *La Société Anonyme de Forges D'Arseau*, fue enviado a Orizaba desarmado a bordo de los buques de la Compañía Trasatlántica Francesa. Inaugurándose el 16 de septiembre de 1894 y funcionando como Palacio Municipal hasta el día 14 de mayo 1991, fecha en que se pasaron las oficinas al palacio del Centro Educativo Orizabeño (CEO), actualmente el nuevo H. Ayuntamiento de Orizaba. Martínez, *Orizaba*, 19.

⁸⁰ Carbó & Aguayo, *Imágenes y ciudad*, 71.

⁸¹ En 1925, la autoridad municipal cambió los nombres de las calles de personajes notables de la Independencia y la Reforma, a una orientación del sistema cartesiano (Norte, Sur, Poniente, Oriente) en calles y avenidas de Orizaba.

⁸² Benjamín Maciel Gómez, *Orizaba. Páginas sueltas de su historia* (Veracruz: Orizaba, Archivo Municipal de Orizaba, 2015), 44.

quien trajo ejercicios al aire libre como excursiones en los verdes campos y las frías montañas de la región.⁸³ De igual modo, se promovió la práctica de béisbol, basquetbol, fútbol⁸⁴ y ciclismo por obreros. Indudablemente, la reducción de horas de la jornada laboral contribuyó a la promoción de diligencias deportivas. Por mencionar, en el soccer destacó *El Vulcano* de los herreros del Ferrocarril Mexicano; *El Espiga de Oro* de los panaderos; *El Azueta* de Cocolapan; *El Primer, Segundo y Tercer Turno* también de empleados del sector ferroviario. Más adelante, se integró el club *Moctezuma* de los cerveceros y el *Tráfico* de los choferes de la línea de Santa Rosa de Orizaba.⁸⁵

De esta forma, se celebraron a lo largo de las décadas posrevolucionarias eventos deportivos sumamente atractivos para los habitantes de la ciudad de Orizaba. En la conmemoración anual de la *Asociación Deportiva Orizabeña* (A.D.O.)⁸⁶ se realizaron partidos del club local *Orizaba A.C.*, contra el *Necaxa*, *Real España* y el *América*. Además, hubo torneos de basquetbol a nivel regional y estatal con equipos femeniles y varoniles.⁸⁷ En 1939, se inauguró el campo deportivo *Moctezuma*, el cual contaba con canchas de frontenis, basquetbol, un campo de beisbol y soccer, siendo un aliciente hacia la cultura deportiva de la región.⁸⁸

Asimismo, compañías teatrales, circenses⁸⁹ y de cine se presentaron con sus funciones en el *teatro Ignacio de la Llave* y el *Gorostiza*, a la par de funciones

⁸³ García & Zevallos, *Orizaba*, 48.

⁸⁴ La colonia escocesa a través de Duncan MaComish, MacDonald y Thoman Henghey trabajadores del Yute, seguidos por otros británicos, permitió como fundadores del equipo de fútbol *Orizaba A.C.*, impulsar escuadras deportivas y conformar la A.D.O. en 1916. García & Zevallos, *Orizaba*, 27.

⁸⁵ García & Zevallos, *Orizaba*, 48-49.

⁸⁶ La Asociación Deportiva Orizabeña (A.D.O.) fue fundada en 1916 como club deportivo, dedicó sus principales actividades al fútbol y otros deportes como basquetbol y tenis. En 1917, organizó sus primeras competencias atléticas locales en: ejercicios de barras, paralelas, asaltos de box, de lucha y esgrima. Calero, *Orizaba*, 119.

⁸⁷ Humberto Lammoglia Acevedo, *Orizaba de antaño* (Veracruz, Orizaba: Talleres de Comunidad Morelos, 1996), 5.

⁸⁸ José Romero Güereña, *Otro ensayo de una Historia de Orizaba* tomo I (México, Veracruz: Archivo Municipal de Orizaba, 2003), 46.

⁸⁹ También arribaron circos a los parques públicos de Orizaba, por mencionar, el *Circo Esqueda*, el *Circo Orrin*, el *Circo de los hermanos King*, el *Circo Fernandí*, el *Circo Beas Modelo* y el *Circo Calles*, entreteniéndolos a los habitantes con funciones de payasos, actos de hipnotismo, números de acróbatas y contorsionistas. José Romero Güereña, *Otro ensayo de una Historia de Orizaba* tomo II (México, Veracruz: Archivo Municipal de Orizaba, 2003), 53.

de zarzuelas, operetas, comediantes e ilusionistas.⁹⁰ En 1930, el teatro Ignacio de la Llave junto al *salón Rosa* y el *cine Anáhuac* fueron los primeros establecimientos en exhibir películas, entre ellas, *Misterio*, *Puño de Hierro* y el *Tren Fantasma* del cine silente mexicano. Equivalentemente, se ubicó en la ciudad el *Centro Cultural y Cinematográfico de Orizaba*, el cual produjo los documentales *Carnaval* (1926) y *Veracruz* (1927), junto a la documentación filmica de actividades cívicas y recreativas de Orizaba, por mencionar: partidos de futbol soccer y corridas de toros en la antigua plaza de la avenida Colón.⁹¹

Igualmente, los espacios de esparcimiento y asociación como los famosos casinos de Orizaba como *La lonja orizabeña*, *El casino alemán* y *El gran casino español*, los cuales reunían a las personas apoderadas de la población y eran patrocinados por distinguidos propietarios y empresarios de extrirpe extranjera. A la vez, coexistió el *Club femenino Moctezuma* y el *Casino A.D.O.* enfocados a la organización de bailes, banquetes y encuentros deportivos. Similarmente, sitios de tragos y arrabal como la taberna *Jockey Club* (de primera) con clientela extranjera, y sonadas cantinas, por ejemplo, *El siglo XX*, *La estrella de oro* y *La Numancia*.⁹² Además, según Humberto Lammoglia la inevitable presencia de burdeles para la simpatía de los varones:

“En la primera década de este siglo hasta fines de los 30’s y principios de los 40’s [...] fueron la “Gran Casa de María Victoria” y la estupenda “Casa de la Paca”. Ambas elegantes y muy confortable su salón principal (de baile), su bar, sus recibidores, algunos privados; mujeres muy lindas, educadas, elegantes, muy gentiles, que atendían a todos los parroquianos que no podían faltar; principalmente la mayoría de los miembros de la H. Colonia Española, los ferrocarriles, que en esas épocas formaban un núcleo muy fuerte económicamente; y también una serie de jovencitos, que empezaban a sacar sus uñas en la vida nocturna de Orizaba [...] mujeres encantadoras, elegantes y educadas, como María, la mayoría eran de México, Guadalajara, Mazatlán, Mérida; por lo que se entiende la belleza de la mayoría de estas damas de vida galante de Orizaba. Además de estas casas había en Orizaba otra de menores categorías que funcionaban más o menos bien, como la casa de “Carolina Chillas”, por el rumbo de San Antonio, la casa de la “Nacha”, abajo del Melchor Ocampo a unas cuadas de la Ote. 5; “Blanca García”, en la sur 19 bastante buena la atención; “Conchita Hinojosa”, por la Sur 18”.⁹³

⁹⁰ Lammoglia, *Orizaba de antaño*, 28-29.

⁹¹ Maciel, *Orizaba*, 254.

⁹² Lammoglia, *Orizaba de antaño*, 23-25

⁹³ Lammoglia, *Orizaba de antaño*, 9-10.

Entre otras amenidades de la vida urbana de Orizaba estuvieron las sinfonolas en algunos restaurantes y cantinas de la ciudad. Estos artefactos reemplazaron gradualmente a músicos e intérpretes de la música popular, empezando a difundirse cada vez más en fuentes de sodas. De igual modo, la radio fue un aparato de comunicación más al alcance de los habitantes, quienes se entretenían al oír melodías, partidos de fútbol y beisbol y peleas de box. En el caso de los más jóvenes se divertían con los tradicionales juegos del aro, los zancos, el yoyo, el balero, el trompo, el burro castigado, los encantados, la rayuela y las canicas. Y usualmente los fines de semana las familias o parejas caminaban por la Alameda, escuchaban las serenatas de la *Banda Moctezuma*, nadaban en la laguna *Ojo de Agua* o escalaban el cerro del Borrego por las mañanas.⁹⁴

La urbanización de Orizaba resultó más evidente cuando a fines de 1920 se inauguraron líneas de camiones, que comunicaban la ciudad con los municipios de la zona conurbada. Dicho síntoma fue reflejo del incremento en la pavimentación de calles, avenidas y carreteras, dando un mejoramiento material del sector transportista de la zona, y, con eso, una movilidad regional más activa. En 1933, se solicitó por parte de empresarios y comerciantes el apoyo del gobierno federal para la construcción de la autopista a Tehuacán, la cual se extendió a Orizaba, Córdoba y el puerto de Veracruz. Fue así que, se abrió la ruta de autobús de Orizaba a Santa Rosa “Estrella Roja”, evidentemente, conllevó detrás una unión gremial apoyada por la CROM, lo que dio origen a un sindicato de choferes y cobradores, quienes ampliaron su servicio hasta la ciudad Córdoba.⁹⁵ Desde luego, el camión significó un avance tecnológico en el transporte terrestre, paulatinamente siendo preferido por encima del ferrocarril debido a tres principales ventajas su abundancia, velocidad y comodidad.⁹⁶

Lo anterior susodicho, parece ser un aspecto a considerar debido a que la pavimentación de concreto asfáltico entre las garitas de oriente a poniente de la ciudad de Orizaba, obligó a retirar las vías del tren urbano y el empedrado colonial,

⁹⁴ Romero, *Otro ensayo* tomo II, 54-56; García & Zevallos, *Orizaba*, 127-128.

⁹⁵ García & Zevallos, *Orizaba*, 76.

⁹⁶ Maciel, *Orizaba*, 202.

ubicado específicamente en el camino real.⁹⁷ Naturalmente, el tren urbano establecido en 1880 desapareció, ante el surgimiento de otros medios de transporte de motor a gasolina diésel.⁹⁸ A este tenor, la comunicación aérea surgió en Orizaba en 1933 con la apertura del aeródromo “Barberán y Collar”, ubicado en los terrenos de la fábrica de Cerritos, si bien, funcionó por poco tiempo y con escasos vuelos entre Córdoba, Orizaba, Huatusco y Xalapa; no debe omitirse, su precedencia del temprano desarrollo del transporte aéreo en México.⁹⁹

En otra latitud, en la vida urbana fue crucial los componentes sociales de la economía orizabeña. Obviamente, abundó la venta de comida, el abasto de insumos primarios, la prestación de servicios y la manufacturación de productos. Uno de estos espacios fue el mercado *Melchor Ocampo*¹⁰⁰ y el mercado *Venustiano Carranza*¹⁰¹, los cuales obedecían a la comercialización de diversos géneros del campo, el ganadero y en la elaboración de alimentos regionales. Semejantemente, en la posrevolución se podían disfrutar de platillos en sitios reconocidos de la clase alta como el *Hotel de Diligencias* y el *Gran Hotel de Francia*, donde servían cavas o caldos de importación. Sin embargo, prevalecieron los pequeños negocios de tamales rancheros, tortas, chiles rellenos, mole con guajalote y jarras de pulque; o simplemente, los puestos ambulantes de picaditas, garnachas y chilatole.¹⁰²

En la tercera década del siglo XX la ciudad de Orizaba contaba con múltiples negocios, talleres y fábricas. Se pueden nombrar entre los giros comerciales más reconocidos la fábrica de cigarros *El Moro Muza* (Av. Colón), *El Progreso*; las fábricas de puros *La Violeta* (Pte. 2), *La fábrica de las tres A*; la fábrica de calzado

⁹⁷ Maciel, *Orizaba*, 202.

⁹⁸ García & Zevallos, *Orizaba*, 75.

⁹⁹ Maciel, *Orizaba*, 207-208.

¹⁰⁰ En 1890, el ayuntamiento edificó este mercado acorde a las exigencias de la comunidad. A través de un préstamo del reconocido propietario Manuel Carrillo Tablas se adquirieron 10 mil metros cuadrados de la manzana situada en las calles Madero, Poniente 6, Norte 2 y Poniente 4 en el centro de la ciudad para su establecimiento. Maciel, *Orizaba*, 210-211.

¹⁰¹ En 1929, fue edificado con techos y pisos de concreto, ubicado en Sur 8 y Poniente 5, en un terreno que perteneció al antiguo huerto de San José de Gracia. El mercado *Venustiano Carranza* albergó a diversos comerciantes, artesanos y pequeños vendedores, con el transcurso de los años se convirtió exclusivamente en el reconocido mercado de flores de Orizaba. Maciel, *Orizaba*, 212-213.

¹⁰² Lammoglia, *Orizaba de antaño*, 22-23.

La Elsy (Pte. 11 y Sur 4); las fábricas de camisas y ropa *La Suiza* (Pte. 7 y Sur 4) y *Caffarel Hnos.* (Av. Colón). Asimismo, la fábrica de vinos y licores de los Sres. Lartigue (Av. Colón); la curtiduría de la familia Cerrilla (Av. Colón) y de los Sres. Segura y Ferrer (Sur 12). Y dos grandes almacenes *El Palacio de Hierro* (Av. Madero y Pte. 2) y *la Colmena* (Av. Madero).¹⁰³ Igualmente, la zapatería *El Capricho* (Av. Madero); los bares, el *Salón XX* (Esq. Madero) y el *Salón Bristol* (Ote. 6); la pulquería *El Cometa* (Av. Ote.); la sastrería de *Juvencio Peña* (Esq. Sur 5); la perfumería *El Quetzal* (Sur 2); la *Sombrerería Francesa* (Av. Madero); la librería *La Casa Contel* (Sur 2); y la panadería *El Calvario*.¹⁰⁴ Esta descripción como se dijo con anterioridad en el apartado, exhibe las principales arterias de la zona central de Orizaba.

De acuerdo, al padrón de establecimientos comerciales de 1930 existían alrededor de 1 mil 111 negocios esparcidos en la urbe de Orizaba. Evidentemente, la franja de mayor afluencia (porcentajes) de estos diversos giros comerciales se circunscribió en las avenidas principales del interior urbano de la ciudad Norte 2 (7.47%); Norte 3 (1.8%); Norte 4 (3.24%); Norte 5 (2.88%); Oriente 4 (2.7%); Oriente 5 (3.87%); Oriente 6 (7.83%); Poniente 7 (9.81%); Poniente 9 (3.24%); Sur 11 (3.33%); Sur 6 (2.7%); y Sur 2 (2.7%). Se formaba un cuadrante de la economía urbana de Orizaba, al oeste la calle Sur 11 y este la calle Sur 10, en el lado norte en la Av. Oriente 5 y el sur la Av. Calle Real -Oriente 6 y Poniente 7-. Esta misma cuadrícula trazada por las dos avenidas principales la Av. Colón (3.06%) y la Av. Madero (8.55%)¹⁰⁵. (Véase, mapa 3).

¹⁰³ Lammoglia, *Orizaba de antaño*, 24-25.

¹⁰⁴ Romero, *Otro ensayo* tomo I, 777.

¹⁰⁵ AMO, Hacienda, Caja 80, Número 4, Expediente Tesorería, 1930, 1-40 f.

Mapa 3
La articulación urbana de la ciudad de Orizaba en 1930.



Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Hacienda, Caja 80, Número 4, Expediente Tesorería, 1930, 1-40 f; AMO, Planoteca, Caja 695, Número 19, Expediente Plano de la ciudad de Orizaba, 1936, s/f; Datos de ubicación de algunos edificios en AMO, Planoteca, Caja 342, Número 14, Expediente Plano topográfico de la ciudad de Orizaba, 1899, s/f.

El mercado Melchor Ocampo albergaba 5.13% de comercios totales del padrón de 1930, sobresaliendo los siguientes: 6 puestos de depósitos y expendios de harina, salvado, granos y semillas, 4 figones (sin venta de alcohol), 4 fondas y restaurantes (sin venta de alcohol), 5 jarcierías, 3 talleres de costuras, 19 tiendas de géneros y ropas del país al menudeo, 3 alfarerías y 9 tendajones (sin alcohol). Por su parte, la Av. Madero resaltaba por sus 7 zapaterías y expendios, 7 almacenes de efectos de lencería y 4 tiendas de géneros y ropas al menudeo. Mientras tanto, en la Av. Colón una casa de huéspedes, 2 empresas de alquiler de carruajes, bicicletas, etc., un expendio de refrescos y comestibles; una fábrica de puros y cigarros, una fábrica y expendio de mosaicos y azulejos, una librería, una miscelánea de menudeo, una papelería, una zapatería, entre otros negocios.¹⁰⁶

Los negocios más abundantes en Orizaba en 1930 eran aquellos a la venta de insumos del quehacer cotidiano, sobre todo, establecimientos para la adquisición de víveres de primera necesidad; 18 figones (sin venta de alcohol); 25 fondas y restaurants (sin venta de alcohol); 29 misceláneas; 32 panaderías; 34 molinos de maíz; 24 tiendas de abarrotes (sin venta de alcohol); 41 tiendas de géneros y ropas al menudeo; 99 depósitos de expendios de carbón vegetal y leña; 350 tendajones (sin alcohol); y 80 tendajones con venta de alcohol al vaseo. En ese sentido, la ciudad de Orizaba no exclusivamente se concentraba en la actividad industrial, sino se desenvolvía elocuentemente una cantidad numerosa de pequeños establecimientos y medianas empresas.

Cuadro 3
Giros comerciales en la ciudad de Orizaba, 1930.

Establecimientos, industrias y comercios	Número absoluto	Porcentaje representativo
Tiendas de géneros (ropa al menudeo) y zapaterías	55	4.95
Boticas	17	1.53
Panaderías, pastelerías y chocolaterías	40	3.60
Hoteles y casas de huéspedes	21	1.89
Tendajones, tiendas de abarrotes y misceláneas	489	44.01
Figones, fondas, restaurantes	50	4.50
Molinos de maíz y café	41	3.69

¹⁰⁶ AMO, Hacienda, Caja 80, Número 4, Expediente Tesorería, 1930, 1-40 f.

Cafés, cantinas, casinos, billares y boliches	28	2.52
Talleres de diversos materiales	14	1.26
Depósitos y expendios de diversos suministros	149	13.41
Industria de diversos insumos	14	1.26
Industria de alimentos y bebidas	16	1.44
Industria de vestido y calzado	4	0.36
Almacenes de diversos suministros	18	1.62
Industria de hilados y tejidos	3	0.27
Industria de puros y cigarros	3	0.27
Otro tipo de establecimientos	149	13.41
Total	1111	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Hacienda, Caja 80, Número 4, Expediente Tesorería, 1930, 1-40 f.

Sin duda alguna, una configuración que seguía la pauta tradicional donde la mayoría de casas, fincas o establecimientos se localizaban en la prolongación de la calle real, las manzanas contiguas a la Alameda, el antiguo barrio de San Juan de Dios y la fábrica de Cocolapan entre el siglo XVIII y XIX, justamente en la parte poniente de la urbe.¹⁰⁷ Esta georreferencia persistió para el primer tercio del siglo XX, reflejando una concentración interna y zona activa para la sociedad y economía orizabeña. En definitiva, la ciudad de Orizaba se proyectó como sitio hacendoso, debido a la multitud de espacios recreativos, comerciales, públicos, diversos negocios o fábricas en su haber durante la Posrevolución.

1.3.-ORGANIZACIÓN POBLACIONAL.

El desarrollo socioeconómico de la ciudad de Orizaba implicó un significativo desenvolvimiento poblacional, que colaboró con la llegada de multitud de individuos con sus familias, buscando adentrarse como obreros, y en menor grado, en la prestación de servicios y encargos como artesanos, dependientes y demás labores urbanas. Indudablemente, la bonanza que supuso el Porfiriato para la economía de la región debido a la inversión de capitales en el ramo industrial, coadyuvó a la demanda de mano laboral, y con ello, al crecimiento poblacional de la propia urbe orizabeña.

¹⁰⁷ Carbó, *Herencia colonial*, 186.

En 1887, aún el cantón de Orizaba tenía 53 mil habitantes y para 1907 ya albergaba casi el doble de pobladores en la jurisdicción.¹⁰⁸ En efecto, las localidades pertenecientes al corredor fabril orizabeño recibieron la afluencia de la multitud de personas, que buscaban mejorar sus niveles de vida al ingresar como empleados en las fábricas. Para ilustrar, la fabril de *Santa Rosa* (Cd. Mendoza) en 1900 tenía una plantilla de trabajadores de 1 mil 441 obreros; para 1906, 2 mil 112; y en 1912, 2 mil 575. Asimismo, entre 1893 a 1912 *San Lorenzo* (Nogales) pasó de 470 obreros a 642; *Cocolapan* (Orizaba) 450 a 602; *Cerritos* (Orizaba) 190 a 465; *Río Blanco* (Tenango del Río) 1 mil 220 a 2 mil 575, respectivamente.¹⁰⁹ En suma, 1921 representó un total de 40 mil habitantes para la ciudad de Orizaba, entre 9 a 10 mil pobladores del municipio de Tenango del Río, 6 a 7 mil de Nogales y 4 mil de Cd. Mendoza.¹¹⁰

Anteriormente, los informes del gobernador de Veracruz Teodoro A. Dehesa de 1891 y 1895, exhibieron a Orizaba como la segunda cabera cantonal más poblada del estado, por debajo del puerto de Veracruz, pasando de 23 mil 548 habitantes a 31 mil 512; lo que, representó un aumento porcentual del 33.82%. Por lo tanto, la ciudad de Orizaba se exhibió en términos de población más aventajada que Xalapa capital de la entidad.¹¹¹ Esta preeminencia poblacional entre ambas ciudades veracruzanas se extendió hasta 1940. A través de los censos estatales se puede distinguir esta dinámica demográfica, misma que reflejó la función burocrática y administrativa de Xalapa, en contraparte al carácter industrial y obrero de Orizaba.

Cuadro 4
Población de las principales ciudades del estado de Veracruz, 1910-1940.

Ciudad	1910	1921	1930	1940
Veracruz	48,633	54,225	67,801	71,920
Orizaba	35,263	39,563	42,904	47,710
Xalapa	23,640	27,623	36,612	39,530
Córdoba	10,295	14,744	16,200	29,929

¹⁰⁸ Rajchenberg, *De la caridad*, 24.

¹⁰⁹ Galvarriato, *Industria y Revolución*, 105.

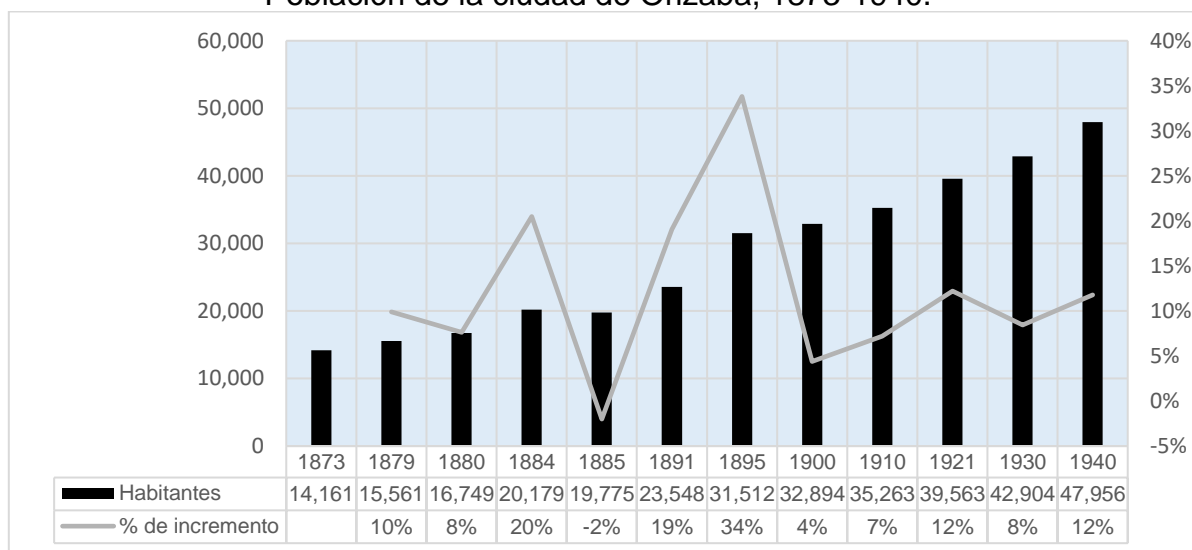
¹¹⁰ Rajchenberg, *De la ciudad*, 69.

¹¹¹ Véase, Apéndice 1-Cuadro 1.

Fuente: Elaboración propia a partir de: INEGI, *Tercer censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1910), 20-68; INEGI, *Cuarto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1921), 65-116; INEGI, *Quinto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1930), 15-17; INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 336-368.

De acuerdo, al cuadro 4 entre 1910 a 1940 las principales ciudades de Veracruz obtuvieron un incremento porcentual sustancial de habitantes. En Orizaba, la población creció de 35 mil 263 pobladores a 47 mil 710, que representó un incremento porcentual del 35.5%. En esa lógica, se comprueba el papel de las ciudades como polos de atracción a quienes pretenden mejorar sus condiciones y progresar socialmente, debido a que son un motor de desarrollo económico.¹¹² Por lo tanto, Orizaba se convirtió en una urbe prioritaria para el flujo migratorio, y con esto, un asentamiento de crecimiento demográfico continuo. Dicho incremento poblacional fue coherente, sobre todo, en las últimas décadas del siglo XIX, donde se dieron los mejores porcentajes de aumento relativo, en comparación a los primeros decenios del siglo XX. (Véase, gráfica 1.)

Gráfica 1
Población de la ciudad de Orizaba, 1873-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de Carmen Blázquez Domínguez (Comp.,) *Estado de Veracruz Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo III y IX: 1726 y 4718-4719; Algunas cifras fueron tomadas de censos municipales del cuadro núm. 7 "Población en cifras absolutas de la ciudad de Orizaba 1873 a 1900" en Hubonor Ayala, "La Beneficencia Pública y Privada en Veracruz, actores sociales e instituciones. El caso de Orizaba, 1873-1930" (Tesis de Doctorado, El Colegio de

¹¹² Massimo Livi Bacci, 77.

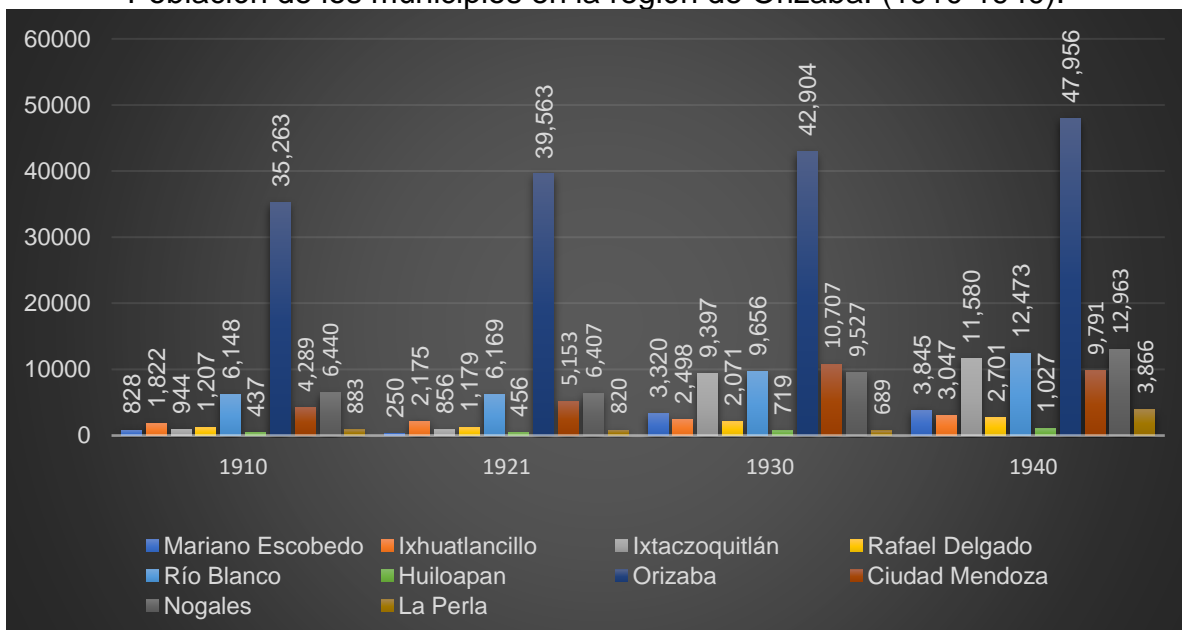
Michoacán, 2011), 160; INEGI, *Quinto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1930), 15-17; INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 336-368.

Desde una perspectiva regional, por obvias razones, Orizaba fue el municipio puntero en habitantes. Es interesante resaltar, su pequeña condición en dimensiones territoriales, que solamente albergaba la propia ciudad y, no tenía ninguna villa, localidad o congregación bajo jurisdicción municipal a diferencia de los municipios de Veracruz y Xalapa. Asimismo, recordar que en 1917 Venustiano Carranza decretó la desaparición de los cantones y la instauración de municipios, consiguiendo por diversas congregaciones un estatus municipal. De esta manera, Orizaba dejó ser cabecera cantonal a convertirse en municipio.¹¹³

Pese a lo anterior, entre 1910 a 1940 el municipio de Orizaba seguía manteniendo un preponderante desarrollo de su población, claramente, en el balance con los municipios de carácter manufacturero o campesino. Curiosamente, los municipios de carácter agrícola como Mariano Escobedo, Ixhuatlancillo, Ixtaczoquitlán y La Perla, tuvieron un significativo aumento de sus habitantes en las dos últimas décadas. Por ello, puede pensarse este comportamiento emanado del acelerado proceso de urbanización, la integración de espacios conurbados de las ciudades en la formación de las zonas metropolitanas, la prosperidad económica y el incremento del ritmo demográfico durante el segundo tercio del siglo XX en México (1930-1970). (Véase, gráfica núm. 2).

¹¹³ El cantón de Orizaba llegó a extenderse 45 km de Poniente a Oriente hasta las cumbres de Zongolica y 59 km desde las faldas del pico de Orizaba hasta San Andrés Tenejapan. Bajo su jurisdicción tuvo 20 congregaciones: Orizaba, Nogales, Tenango, Huiloapan, Maltrata, Aquila, Acultzingo, Necoxtla, Soledad Atzompa, San Andrés Tenejapan, Tlilapan, San Juan del Río, Ixtaczoquitlán, Naranjal, San Antonio, Tenejapan, Coetzala, Ixhuatlancillo, La Perla, Jesús María y Santa Ana Atzacan. Páginas sueltas, 29-30

Gráfica 2.
Población de los municipios en la región de Orizaba. (1910-1940).



Fuente: Elaboración propia a partir de: INEGI, *Tercer censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1910), 33-65; INEGI, *Cuarto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1921), 83-112; INEGI, *Quinto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1930), 325-396; INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 347-364.

En efecto, en 1930 el municipio de Orizaba no tenía registrada ninguna población rural, y en gran parte, era por la superficie de apenas 16 km² sumamente reducida en comparación a los 146 km² de Xalapa, 259 km² de Veracruz y 239 km² de Córdoba.¹¹⁴ Por otro lado, la población del sexo femenino con respecto a los antedichos municipios conformaba el 54.37% de los habitantes totales, a diferencia del 45.44% de Xalapa, 29.83% de Córdoba y 51.04% de Veracruz. Esta conformación de la población hace reflexionar sobre el papel de la mujer, no solamente en términos demográficos, sino sociales y económicos. Probablemente, una mayor movilidad migratoria del sexo femenino a espacios urbanos y su

¹¹⁴ De acuerdo, al censo del Estado de Veracruz de 1930 la superficie en kilómetros cuadrados de Orizaba era de 16 km²: Xalapa 146 km²: Veracruz 259 km²: Córdoba 239 km². INEGI, *Quinto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1930), 11-12.

integración al mercado laboral de actividades industriales, comerciales, domésticas, educativas, entre otros servicios. (Véase, Apéndice 2-Cuadro 2).

La población urbana de la ciudad de Orizaba determinó una economía dedicada principalmente al ramo de la industria y el comercio. Entre 1930 a 1940, la ocupación en actividades transformativas pasó de 3 mil 989 a 5 mil 788 personas dedicadas a este ramo, con un porcentaje de incremento del 45.1%. De modo parecido, hubo un incremento porcentual en el comercio, los trabajos domésticos y la división de comunicaciones y transportes, con un aumento del 94%, 14.2% y 166.8%, respectivamente. Posiblemente, el incremento notorio del sector de transportes se debió al progreso de la industria automotriz, junto a la creación de líneas de autobuses, camiones de carga y carros particulares; por lo que, se incentivó el campo laboral para choferes, mecánicos y cobradores para el transporte urbano.

En contraparte, las actividades del sector agropecuario disminuyeron en un 15.7% y las ocupaciones no especificadas un 85.8%, no obstante, se dio un incremento del 13% del sector sin ocupación o ignorando su actividad, señalando una preeminencia de las actividades del artesanado y algún índice del desempleo presente en los centros urbanos como Orizaba. Pese a ello, existe un comportamiento al alza del personal ocupado en las actividades de la administración pública, minas, petróleo y gas naturales y profesiones libres; aunque, son porcentajes de incrementos relativos, en cuanto a números absolutos son los de menor contingente ocupacional en Orizaba.

Cuadro 5
Dedicación por divisiones de ocupación en el municipio de Orizaba, 1930-1940.

Divisiones de ocupación	1930	1940	% de Incremento
Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Caza y Pesca	1,619	1,365	-15.7%
Industrias	3,989	5,788	45.1%
Minas, petróleo y gas natural	7	29	314.3%
Comunicaciones y transportes	533	1,422	166.8%
Comercio	1,870	3,634	94.3%
Administración Pública	471	1,035	119.7%
Profesiones libres	233	266	14.2%
Trabajos domésticos	14,811	16,130	8.9%

Ocupaciones no especificadas en las demás divisiones	3,637	515	-85.8%
Sin ocupación, se ignora	15,734	17,772	13%

Fuente: INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 183-191.

Consecuentemente, la estructura ocupacional por sexos como es de esperarse estuvo inclinada por el sexo femenino a los trabajos domésticos, aunque empleándose destacadamente en el sector industrial, agricultura y profesiones libres; incluso, en menor medida en el comercio y las comunicaciones y transportes. Por esa razón, se puede percibir la adaptación de las mujeres en la economía urbana, guiada por la tecnificación en el ramo transformativo, participando en actividades mercantiles debido a la posesión o administración de capitales, ya fuesen propios o por lazos familiares. De acuerdo a Cesar Ordóñez, en la ciudad de Orizaba se dio una presencia significativa de las mujeres como rentistas y propietarias, debido a dinámicas hereditarias y distribución de bienes en la unidad familiar, lo que conllevó a posicionarse de modo relevante en la sociedad orizabeña.¹¹⁵

Cuadro 6
Dedicación por divisiones de ocupación y sexo en el municipio de Orizaba, 1930-1940. (Números absolutos y porcentajes).

Rubro de ocupación.	1930		1940	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Caza y Pesca	1,602 (98.95%)	17 (1.05%)	1,339 (98.1%)	26 (1.9%)
Industrias	3,431 (86.01%)	558 (13.99%)	5,209 (90%)	579 (10%)
Minas, petróleo y gas natural	7 (100%)	-	28 (96.55%)	1 (3.45%)
Comunicaciones y transportes	531 (99.62%)	2 (0.38%)	1,394 (98.03%)	28 (1.97%)
Comercio	1,555 (83.16%)	315 (16.84%)	2,861 (78.73%)	773 (21.27%)
Administración Pública	427 (90.66%)	44 (9.34%)	839 (81.06%)	196 (18.94%)
Profesiones libres	164 (70.64%)	69 (29.74%)	158 (54.4%)	108 (40.6%)
Trabajos domésticos	248 (1.67%)	14,563 (98.33%)	179 (1.11%)	15,951 (98.89%)

¹¹⁵ Véase más, en Cesar A. Ordóñez López, *Mujeres: familia, redes de poder y finanzas en la primera modernización de una ciudad fabril. Orizaba (1870-1920)*, Documento de Trabajo IELAT, núm. 149 (agosto), 2021: 4-56.

Ocupaciones no especificadas en las demás divisiones	3,176 (87.32%)	461 (12.68%)	446 (86.6%)	69 (13.4%)
Sin ocupación, se ignora	8,437 (53.62%)	7,297 (46.38%)	9,943 (55.95%)	7,829 (44.05%)
Suma y Porcentaje total	19,578 (45.63%)	23,326 (54.37%)	22,396 (45.11%)	25,560 (54.89%)

Fuente: INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 183-191.

Propiamente, la estructura laboral para el sexo masculino como se exhibe en el cuadro 6 demuestra la predominancia en número de ocupados en el rubro industrial, comercial y actividades de origen agropecuario.¹¹⁶ Prácticamente, en la mayoría de sectores productivos y laborales estuvo prevalecida por hombres, a excepción, del ramo doméstico. Específicamente, entre 1930 a 1940 incrementó el número de varones dedicados a las industrias, pasando de 3 mil 431 a 5 mil 209; administración pública de 427 a 839; comunicaciones y transportes de 531 a 1 mil 394; y comercio 1 mil 555 a 2 mil 861. Curiosamente, las actividades del sector primario en los varones (agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca), disminuyó de 1 mil 602 a 1 mil 339 y ocupaciones no especificadas en las demás divisiones (seguramente, prestación de ciertos servicios y del artesanado) de 3 mil 176 a 446. El anterior panorama podría indicarnos una activa integración social y económica a las actividades características de ciudades, por tanto, la adhesión y crecimiento en servicios urbanos, comerciales e industriales en discrepancia del sector primario.

De hecho, esta configuración de la estructura ocupacional también fue patente en el sexo femenino. Entre 1930 a 1940, la participación de mujeres como profesionistas creció 56.52%, transitando de 69 a 108 dedicadas a ese ramo. Equivalentemente, este incremento porcentual se dio en la industria en un 3.76% y 145.4% el comercio por parte de las mujeres afincadas en estas divisiones ocupacionales. Por otra parte, el mayor porcentaje de ocupación se ubicó en las labores domésticas, ostentando un 98.33% y 98.99% el sexo femenino, sin embargo, no significa que estas ocupaciones fueran remuneradas económicamente. Indudablemente, susodicha clasificación correspondió a las amas

¹¹⁶ En 1930, con respecto a porcentajes del sexo femenino ocupados en estos sectores (Comercio, Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Caza, Pesca e Industrias) fueron: 16.84%, 1.05% y 13.99%. Para 1940, en los mismos rubros fueron: 21.27%, 1.9% y 10%.

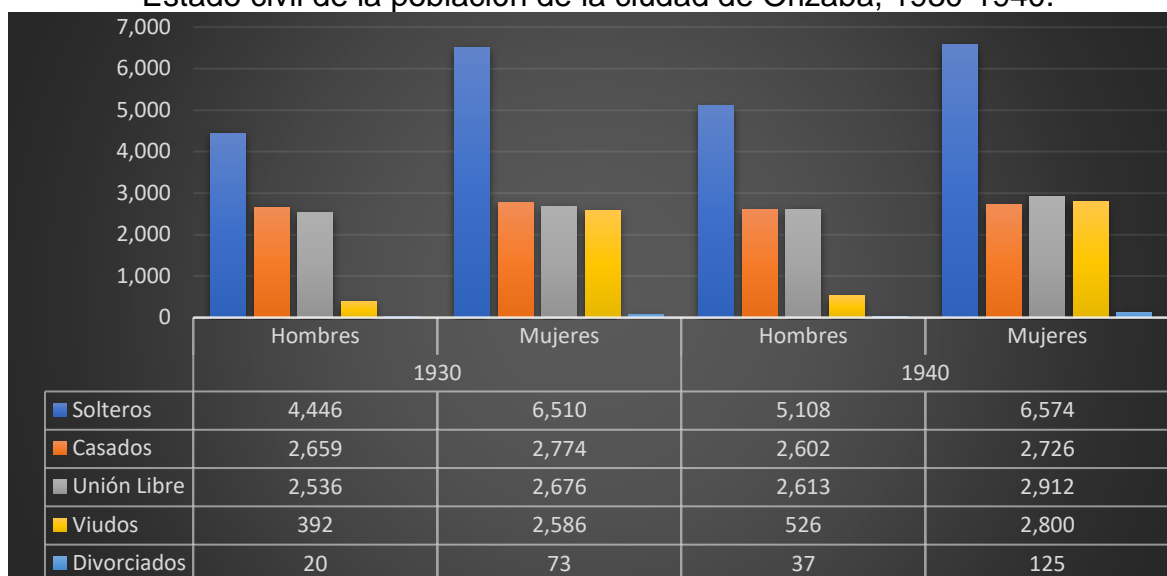
de casa, inmersas en un contexto circunscrito de la mujer hacia las tareas del hogar. (Véase, Apéndice 3-Cuadro 3).

Desde otro ángulo, la composición poblacional de la ciudad de Orizaba estuvo conformada predominantemente por solteros, seguida por casados y en unión libre, y en números menores viudos y divorciados. Esta organización de la población por estatus civil tenía una composición mayor en números del sexo femenino, evidentemente, en correlación a una población superior de mujeres frente al sexo masculino. Otro elemento a considerar de este perfil sociodemográfico fue el impacto del concubinato o la permanencia intermitente del sexo masculino en los espacios urbanos, reflejando un subregistro de los varones en el estatus de civil de solteros y casados. Además, la patente mortalidad superior de los varones a diferencia de las mujeres, la cual se ha demostrado a lo largo de la historia que incluso en edades cortas, tal fenómeno se debe a dos factores: biológico y social.¹¹⁷

¹¹⁷ En el artículo *Women live longer than men even during severe famines and epidemics* que analiza los casos de epidemias y hambrunas en Ucrania en 1933, Suecia entre 1722 y 1733 e Irlanda entre 1845 y 1849 y las epidemias de sarampión en 1846 y 1882 en Islandia, se encontró que en todos los contextos la esperanza de vida de la mujer era mayor que el del hombre; hasta llegando a ver una diferencia de veinte años. De hecho, se ha demostrado que los estrógenos son antiinflamatorios y protegen el sistema circulatorio, fortaleciendo el sistema inmune de la mujer. Del mismo modo, las mujeres socialmente e históricamente tienden menos a contraer hábitos perjudiciales a su salud como fumar, beber o drogarse, y teniendo un comportamiento generalmente más conservador evitando actividades que atenten con su bienestar físico, en Nuño Domínguez, "Las mujeres viven más que los hombres hasta en las condiciones más extremas", *El País*, Sec. Ciencia, 12 de enero 2018.

Gráfica 3

Estado civil de la población de la ciudad de Orizaba, 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 170.

La preponderancia del estatus de soltero en la estructura poblacional de Orizaba correspondió, en gran medida, a la composición etaria de la ciudad. En 1930, las personas entre un mes a 9 años de edad representaron el 25.33% de la población total; 10 a 29 años, 39.33%; 30 a 59 años, 30.37%; y 60 años en adelante, 5.07%. De igual modo, en 1940 siguiendo ese orden de rangos de edad, se dieron los siguientes porcentajes respectivos: 22.93%, 39.12%, 31.98% y 5.97%.¹¹⁸ En ese sentido, entre 1930 a 1940 casi un 60% de la población se ubicó entre el mes de vida hasta los 29 años de edad. En conformidad, según el censo de 1940 la mayoría de la población orizabeña era del estado de Veracruz con 36 mil 140 habitantes (76.14%), 11 mil 286 de otras entidades federativas (23.78%) y 43 extranjeros (0.09%), por lo que, se demuestra la preponderante migración interna y avcindamiento en la ciudad de Orizaba.¹¹⁹

Aun cuando, la movilidad extranjera hacia Orizaba fue menos sobresaliente, no restringió la sustancial presencia de este tipo habitantes. En 1942, el

¹¹⁸ Cálculo porcentual a partir de los datos en INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 167-170.

¹¹⁹ INEGI, *Sexto censo*, 167.

ayuntamiento realizó un padrón de extranjeros radicados en la ciudad, singularmente, se exhibió una diferencia porcentual de 1369.77%, con respecto a los 43 extranjeros censados en 1940. De acuerdo al padrón municipal se obtuvo un listado conformado de 632 extranjeros, la mayoría proveniente de naciones europeas como España, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia; seguida por oriundos de Norteamérica (Estados Unidos, Canadá); y, una importante cantidad de personas venidas de Oriente Medio y Asia como Siria, Líbano, China y Japón. Aparentemente, tanto la Primera Guerra y Segunda Guerra Mundial, la primera por sus consecuencias en los 20's, y la segunda por su desarrollo en esos años, ocasionó el refugio de extranjeros en México, y con ello, en Orizaba debido a que las tarjetas de expedición habían sido matriculadas entre 1920 a 1940. Así, se puede asimilar que la ciudad de Orizaba albergó de manera momentánea o permanente estos grupos migratorios.¹²⁰ (Véase, Apéndice 4-Cuadro 4).

En otro orden de cosas, la distribución urbana de la población demostró, en efecto, la preeminencia de la zona poniente por encima de la parte oriente de la ciudad de Orizaba. En la década de 1930 la urbe orizabeña estaba dividida en diez cuarteles, de los cuales nueve ya estaban articulados desde el siglo XIX, añadiéndose el décimo al comenzar el siguiente siglo.¹²¹ Este último cuartel estaba a espaldas del panteón municipal, situado en un cuadro urbano habitado por la clase trabajadora de la fábrica de Santa Gertrudis el Yute, cercano a la laguna Ojo de Agua a faldas del Cerro de Escamela y del municipio de Ixtaczoquitlán. De esta manera, como lo había pronosticado el historiador orizabeño José María Naredo en 1898, este lindero cercano a la zona fabril atrajo a personas hacía sus inmediaciones y, en corto tiempo, conformaría un cuartel más en Orizaba.¹²²

¹²⁰ Véase más en Rebeca Inclán, "Inmigración libanesa en México. Un caso de diversidad cultural" en *Historias* núm. 33 (octubre 1994): 61-68; María Elena Ota, *Destino México: un estudio de las migraciones asiáticas a México, siglo XIX y XX* (México: COLMEX, 1997).

¹²¹ La obra *Estudio Geográfico, Histórico y Estadístico del cantón y la ciudad de Orizaba* (1898) de José María Naredo realiza una descripción muy precisa de los 9 cantones en que se dividía la ciudad de Orizaba. Véase al respecto, el apartado "Los cuarteles. Sus manzanas-sus avenidas-los nombres de sus calles" del volumen II: 302-318.

¹²² Naredo, *Estudio geográfico*, vol. I, 7-8.

Siendo así, en 1921 un censo realizado por el municipio de Orizaba arrojó una población de 39 mil 005 habitantes (558 habitantes menos que el censo estatal de ese año), donde los cuarteles más habitados fue el 1º, 2º, 3º y 9º, que componían el 58.44% del total de población de la ciudad. Para 1930, un nuevo censo municipal registró 42 mil 925 habitantes (21 habitantes más que el censo estatal), persistiendo los cuarteles 1º, 2º y 9º con mayor densidad demográfica, añadiéndose ahora el 5º cuartel, los cuales reunieron el 57.99% de la población orizabeña. En ambos censos, los cuarteles con menos población eran aquellos ajenos al principal casco urbano y establecidos en las latitudes del este de la ciudad, hablamos de los cuarteles 6º, 7º, 8º y 10º.

Cuadro 7
Población de Orizaba, 1921 y 1930 (cuartel y sexo).

Cuartel	Censo municipal 1921				Censo municipal 1930			
	Hombres	Mujeres	Población total	% total	Hombres	Mujeres	Población total	% total
1º	2,425	2,786	5,211	13.36%	2,419	2,862	5,281	12.30%
2º	2,842	3,396	6,238	15.99%	2,649	3,150	5,799	13.51%
3º	2,021	2,687	4,708	12.07%	1,948	2,439	4,387	10.22%
4º	1,971	2,438	4,409	11.30%	2,176	2,724	4,900	11.42%
5º	1,990	2,675	4,665	11.96%	2,252	2,881	5,073	11.82%
6º	971	1,145	2,116	5.42%	1,405	1,591	2,996	6.98%
7º	926	1,152	2,078	5.33%	1,041	1,244	2,285	5.32%
8º	595	697	1,292	3.31%	786	929	1,715	4%
9º	3,206	3,822	7,028	18.02%	4,127	4,612	8,739	20.36%
10º	593	667	1,260	3.23%	838	912	1,750	4.08%
Total	17,540	21,465	39,005	100%	19,641	23,284	42,925	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Gobierno, Estadística, s/c, número 2, Expediente Correspondencia, 1921, 194 f.; AMO, Gobierno, Estadística, s/c, número 4, Expediente Censo Poblacional, 1930, 1-3 f.

La concentración poblacional se dio en la zona de mayor afluencia comercial, industrial y seguramente de mayor disposición de vecindades o habitaciones para alquilar, estando interconectados por las principales vías y avenidas de la ciudad. En específico, en el censo de 1930 el cuartel con más densidad de habitantes fue el cuartel 9º (20.66%), seguido por el 2º (13.71%), el 1º (12.49%), el 4º (11.42%), el 5º 11.82% y el 3º (10.22%), mismos que articulaban una demarcación remarcada

por la presencia de la fábrica textil *Cocolapan*, la manufacturera *Cerritos*, la *Cervecería Moctezuma*, la *estación del Ferrocarril Mexicano*, los principales mercados de la ciudad y algunas colonias obreras como *Unión Obrera*, *CIDOSA*, *Lourdes*, *Moctezuma* y *Salvador Gonzalo García*. (Véase, Mapa 4).

Mapa núm. 4
La distribución poblacional en los 10 cuarteles de la ciudad de Orizaba, 1930.



Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Gobierno, Estadística, s/c, número 4, Expediente Censo Poblacional, 1930, 1-3 f; AMO, Planoteca, Caja 18, Número 106, Expediente Plano de la ciudad de Orizaba, 1965, s/f. Nota: Si bien, el plano corresponde a 1965, fue el único que se encontró con las divisiones territoriales de los 10 cuarteles. De este modo, sirve como un elemento cartográfico y poblacional del trazado urbano de la ciudad de Orizaba

Sin embargo, al analizar el incremento poblacional entre 1921 a 1930 de cada cuartel se percibe un aumento importante de aquellos localizados en el oriente, si bien, tuvieron el menor porcentaje de habitantes totales de Orizaba, seguramente conformaron un territorio en progreso de ampliación y extensión como parte del crecimiento urbano y demográfico de la urbe orizabeña. De este modo, el aumento porcentual de habitantes del cuartel 6º fue del 42%; el cuartel 8º, 33%; y el cuartel 10º, 39%. En cambio, los principales cuarteles como el 2º y el 3º tuvieron un decrecimiento del 7%, respecto a los habitantes que habían tenido en 1921. Por su lado, hubo un crecimiento moderado del cuartel 1º del 1%; el cuartel 4º, 11%; el cuartel 5º, 9%; el cuartel 7º, 10%; y el cuartel 9º, 24%.

Cuadro 8
Crecimiento porcentual de habitantes en los cuarteles de la ciudad de Orizaba, entre 1921 y 1930.

Cuartel	Población (1921)	Población (1930)	% porcentaje de incremento
1º	5,211	5,281	1%
2º	6,238	5,799	-7%
3º	4,708	4,387	-7%
4º	4,409	4,900	11%
5º	4,665	5,073	9%
6º	2,116	2,996	42%
7º	2,078	2,285	10%
8º	1,292	1,715	33%
9º	7,028	8,739	24%
10º	1,260	1,750	39%

Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Gobierno, Estadística, s/c, número 2, Expediente Correspondencia, 1921, 194 f.; AMO, Gobierno, Estadística, s/c, número 4, Expediente Censo Poblacional, 1930, 1-3 f.

El crecimiento poblacional de Orizaba corresponde posiblemente a la relación entre desarrollo económico y la urbanización que se suscitó a nivel nacional. En la década de los 30's las ciudades de México albergaron un millón de nuevos habitantes urbanos, a la vez que, el número de población se elevó de 45 a 55 millones de habitantes en la República.¹²³ Según Gustavo Garza, las ciudades de mayor crecimiento de población urbana fueron Villahermosa con 4.9% anual, debido a la

¹²³ Garza, *La urbanización*, 29.

recuperación de la industria petrolera; Torreón 4.3% anual ligada al impacto de la Reforma agraria; y Orizaba 4.2% anual con respecto a la estimulación industrial a través del modelo de sustitución de importaciones¹²⁴. Por tanto, tanto las fuerzas productivas y la estabilidad económica reflejaron un incentivo para el crecimiento de la población urbana en las ciudades del México posrevolucionario. Así pues, la urbanización formó parte del desarrollo continuo de la división social del trabajo, que transfirió la fuerza laboral del campo a las actividades secundarias y terciarias; estimulando, una multiplicación de su número de pobladores y extensión del tamaño de las urbes.¹²⁵

En definitiva, Orizaba asimiló una conformación social y poblacional, que involucró procesos productivos que demandaron la fuerza laboral de trabajadores urbanos en las actividades del sector industrial y de servicios. Por tanto, un sitio en pleno proceso de urbanización y crecimiento demográfico, seguramente, incentivada por la fuerte migración interna de las zonas rurales a los espacios urbanos durante aquellos años. Asimismo, parte del desarrollo y ampliación de las ciudades durante las décadas posrevolucionarias, forjándose una concentración y densidad demográfica de estas plazas, y en cierto grado, incentivada por la modernización de la red carretera y posicionamiento del transporte urbano (camiones), que ayudó al desplazamiento de corta y mediana distancia.

De este modo, la población de Orizaba se mostró durante este lapso conformada principalmente por un amplio sector de jóvenes y solteros, incitando afirmar la preponderancia social y económica de largo alcance de la ciudad para el asentamiento de personas provenientes de diferentes latitudes de la región, del estado y otras entidades federativas. Eventualmente, las transformaciones y el desarrollo de Orizaba en períodos precedentes, sobre todo, a fines del siglo XIX fue vital para la conformación de una importante cobertura regional comercial,

¹²⁴ Garza, *La urbanización*, 39.

¹²⁵ Guillermo Vargas & Ariadna Esmeralda Gallegos, "De lo rural a lo urbano: cambios en la estructura ocupacional en una región urbano-rural del occidente de México (1930-1990)" en coords. Antonio Vieyra, Méndez Lemus & Hernández Guerrero, *Procesos urbanos, pobreza y ambiente. Implicaciones en ciudades medias y megaciudades* (México: UNAM: CIGA, 2016), 73.

productora y de enlace ferrocarrilero, en bríos del desempeño manufacturero de la zona.

En síntesis, la riqueza de recursos naturales y su posición geográfica de Orizaba permitió desde sus inicios una escala determinante para la explotación agrícola, el tránsito mercantil, la actividad comercial y artesanal y el impulso de la explotación textil, que gradualmente configuró una ciudad de trascendente crecimiento poblacional y urbano, inmerso en una región de características agrícolas, agroindustriales e industriales. Estas peculiaridades formaron una sociedad afanosa en la construcción de espacios sociales y desenvolvimiento cotidiano, que construyó la sociabilidad de los residentes en una amplia gama de pasatiempos, actividades de esparcimiento, elementos distintivos y lugares recreativos del acontecer sociohistórico de la urbe.

CAPÍTULO II: CAMBIOS Y ALCANCES DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO.

“[...] paradigmático, una muestra de hasta dónde puede llegar la interpretación y apropiación de un fenómeno tan complejo. La Revolución mexicana aparece cada vez más claramente como un evento que tomó formas insospechadas en las décadas que le sucedieron”.¹²⁶

El segundo capítulo constituye una revisión de la cobertura y las atenciones en la formación del sistema de la salud pública durante las décadas de la Posrevolución. En concordancia, a la vocación institucional e ideológica germinada durante la Revolución Mexicana, que impuso la salud de los mexicanos con base en la práctica médica constituida por una medicina institucionalizada, precisando la centralización de los servicios de salubridad e higiene por parte del Estado. En consecuencia, la política sanitaria y asistencial demostró persistencias, alteraciones y dificultades en cuanto a la atención, la vigilancia y la conservación de la salud de la población a nivel federal, estatal y local. Por tanto, se exhibió una pretensión muy clara por las autoridades políticas y médicas por los aspectos de prevención, análisis clínicos y conservación de la higiene en contraste de los hábitos y condiciones insalubres por parte de la sociedad.

Dicho lo anterior, el segundo capítulo se concentró primeramente en trazar el recorrido histórico de la salud pública puesta en marcha durante el arduo hito histórico de la Revolución Mexicana hasta la transición de una medicina institucional y federal en los primeros años de la década de 1940. Posteriormente, dimensionar desde un parámetro nacional la fuerza política de la posrevolución para iniciar la transformación de la salud pública en la centralización y cooperación de diversos cuerpos colectivos y actores, que se trasladaron a los diferentes mecanismos de cobertura y prestación de servicios médicos a nivel estatal. Y finalmente, aproximarnos a las tareas sanitarias e higiénicas emprendidas en Orizaba, como

¹²⁶ Ariel Rodríguez Kuri, “La larga marcha: de la revolución a la posrevolución”, en *Las revoluciones en el largo siglo XIX latinoamericano*, eds. Rogerlio Altez y Manuel Chust (Madrid: AHILA, 2015), 219-220.

nuestro espacio de interés, junto a las principales actividades sanitarias y dificultades higiénicas en la población.

2.1.-LA FORMACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.

El proceso de consolidación de la economía capitalista motivó grandes avances en la industria y la ciencia de la segunda mitad del siglo XIX. De este modo, los descubrimientos bacteriológicos encontraron un inmenso mar de microorganismos, entre ellos, bacterias, virus y bacilos responsables de las enfermedades e infecciones del cuerpo humano.¹²⁷ Gradualmente, la asimilación sistémica de la teoría microbiológica fue palpable e importante en la higienización de la sociedad a través de la postura contagionista. Se aceptó la capacidad infecciosa del enfermo, y con ello, el requerimiento de estrategias sanitarias y la modernización de las técnicas de la medicina para la prevención de las patologías contagiosas, aparte de las medidas de aislamiento y cordones sanitarios.¹²⁸

El inicio del siglo XX significó una nueva relación entre el Estado y la prestación de servicios médicos a la sociedad, vislumbrando la centralización de la salud y las atenciones sanitarias para los ciudadanos. En el Porfiriato la enorme inversión de capital en el mercado nacional e internacional, fue un aliciente, para incentivar en pro de la economía reglamentos, normas e inspecciones del cuidado higiénico en fábricas, prostíbulos, barcos, ferrocarriles, oficinas, puertos, mercados,

¹²⁷ La Microbiología se puede definir, sobre la base de su etimología, como la ciencia que trata los seres vivos muy pequeños, concretamente aquellos cuyo tamaño se encuentra por debajo del poder resolutivo del ojo humano. Esto hace que el objeto de esta disciplina venga determinado por la metodología apropiada, para poner en evidencia, y poder estudiar, a los microorganismos. Los grandes símbolos de la microbiología serán Louis Pasteur (1822-1895) un científico francés cuyos descubrimientos en el campo de la bacteriología, posibilitaron la creación de la técnica conocida como pasteurización y con sus teorías microbianas condujo al desarrollo de vacunas, antibióticos, la esterilización y la higiene, como métodos efectivos de cura y prevención contra la propagación de enfermedades infecciosas. Y el alemán Robert Koch (1843-1910) demostró la etiología bacteriana del ántrax o carbunco, descubrimiento que potenció el auge de la Microbiología médica. En menos de 25 años los principales agentes causantes de enfermedades infecciosas fueron identificados. En Sosa Díaz, Fernández Rodríguez, González Giraldes & Arana Graciaá, "La Microbiología: historia e inserción en los planes de estudios de la Carrera de Medicina en Cuba", *Revista Médica Electrónica*, núm. 1. (enero-febrero 2014): (Fecha de consulta: 27 de abril de 2021).

¹²⁸ Ana María Carrillo, "Del miedo a la enfermedad al miedo a los pobres: la lucha contra el tifo en el México porfirista", en Elisa Speckman, Claudia Agostoni y Pilar Gonzalbo, *Los miedos en la historia de México* (México, El Colegio de México, UNAM, 2017), 120.

rastros, templos, cementerios, cantinas y viviendas, así, orquestando una regulación y vigilancia de la higiene pública y privada.¹²⁹ Previamente, la laicización de los servicios hospitalarios durante el gobierno liberal juarista marcó el inicio de la transformación en la atención médica y asistencial, con base en el rol preeminente del gobierno federal. De este modo, mediante donaciones e impuestos se inauguraron dos hospitales modernos en el México de comienzos del siglo XX en la Ciudad de México: el Hospital General (1905) y el Hospital de la Castañeda (1910).¹³⁰

Equivalentemente, el Consejo de Salubridad Pública¹³¹ bajo la dirección del médico Eduardo Liceaga fomentó obras públicas y acciones salubres en las grandes urbes, sobre todo, canalización y suministro de agua, limpieza y pavimentación de calles, alumbrado público, inspecciones sanitarias y vigilancia de zonas perniciosas y venta de alimentos. Naturalmente, la presencia de enfermedades epidémicas como el tifus, el cólera o la malaria, entre otras enfermedades acompañadas de la mala alimentación y la acumulación de personas en espacios reducidos estimularon la política porfirista de sanidad. En pocas palabras, se requirió eliminar focos de enfermedad y contagio para la sociedad, a través del discurso de embellecimiento, las normas de salubridad y la higiene de individuos y ciudades.¹³²

En 1902, se realizó la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington, según Ana María Carrillo este suceso abrió el proceso de formación de la salud pública de México y, los primeros indicios de la federalización de los servicios médicos. Debido a que, la estrategia de contención

¹²⁹ Ana María Carrillo, "Economía, política y salud pública en México porfiriano (1876-1910)", *História Ciências, Saude-Manguinhos*, vol. 9, (2002): 80-81.

¹³⁰ Catalina Eibenschultz y Thelma Rafhael, "Historia de la política sanitaria en México", *Estudios Políticos*, número 10 (1992): 139. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/48282>

¹³¹ En 1841, se fundaría en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto por seis miembros y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. El establecimiento de dicha institución habla de la preocupación gubernamental por mantener en buen estado la salud entre la población mexicana. A partir de 1880 con el papel que jugaron médicos allegados al régimen porfiriano obtiene un apoyo significativo como organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana, hasta su transformación como el Consejo de Salubridad General con la promulgación de la Constitución Mexicana de 1917.

¹³² Fernando Gutiérrez Domínguez, *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución Mexicana*, (México. Secretaría de Salud, INEHRM, 2017), 61.

y combate de la peste de 1902-1903 en Mazatlán fue mediante autoridades sanitarias a través del Ejecutivo Federal con base en una delegación con facultades generales para enfrentar la epidemia.¹³³ De igual modo, médicos e higienistas junto a los avances científicos de la época se empeñaron en la producción de vacunas y reglamentos higiénicos, campañas contra la fiebre amarilla, la viruela, la malaria, la tuberculosis y las enfermedades venéreas, buscando reducir la mortalidad de origen epidémico y la paralización de las actividades económicas, sin embargo, esta serie de acciones se vieron entorpecidas por el estallido de la Revolución Mexicana.¹³⁴

El clima intranquilo y bélico durante la revuelta popular no evitó la necesidad de iniciativas para el control sanitario de enfermedades y la protección médica de la población por parte de las fuerzas revolucionarias. Entre 1915 a 1919, la aparición de epidemias (tifo, viruela, fiebre amarilla, gripe española) diezmaron terriblemente a la población, especialmente, de los espacios urbanos. Inmediatamente, se emprendieron medidas a través de la policía médica de la Secretaría de Gobernación, buscando el saneamiento de ciudades, fronteras y puertos. En general, la mayoría de los mexicanos se volcaron en una crisis en términos de higiene y salubridad, que conllevó a una gran cantidad de muertes por epidemias, hambrunas y pobreza efectos de la inestabilidad social, económica y política del conflicto interno del país.¹³⁵

No obstante, el proceso de la Revolución Mexicana incitó en materia política un sistema de atención médica bajo el control del Estado, asegurando el bienestar de los grupos trabajadores y abandonados por el Porfiriato. En 1917, se creó el Consejo de Salubridad General (CSG) para sustituir al Consejo Superior de Salubridad (CSS), dependiendo directamente del presidente de México. El surgimiento del CSG correspondió con el objetivo de identificar los asuntos más relevantes en materia de salud pública y dictaminar disposiciones de carácter

¹³³ Guillermo Fajardo Ortiz, Ana María Carrillo & Rolando Neri Vela, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*, (México, OPS, UNAM, 2002), 17-18.

¹³⁴ Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 19-22.

¹³⁵ América Molina del Villar, "El tifo en la ciudad de México en tiempos de la revolución mexicana, 1913-1916", *Historia Mexicana* núm.64 (3): 1212. Recuperado de <https://doi.org/10.24201/hm.v64i3.3001>.

federal. Asimismo, en ese año se fundó el Departamento de Salubridad Pública (DSP), haciéndose cargo de la política sanitaria en puertos y fronteras; elaboración y administración de vacunas; medidas contra el alcoholismo, epidemias, patologías infecciosas y contagiosas; organización y asistencia de congresos médicos; y el control de alimentos, bebidas y drogas.¹³⁶

La reformación del código constitucional de 1917 comenzó la formación de una burocracia sanitaria y estructuración en la prestación médica a nivel federal por parte de los gobiernos posrevolucionarios. Este proceso de institucionalización, profesionalización y especialización de los servicios de salud permitió la intervención abierta y legal del Estado, y supeditó los intereses individuales, las soberanías municipales y estatales al poder central.¹³⁷ El inicial promotor del mecanismo sanitario fue el médico y diputado José María Rodríguez, quien seguido por colegas de profesión y funcionarios públicos, incentivaron la protección de la salud individual y colectiva bajo el compromiso federal de una sola autoridad.¹³⁸

En un primer momento, el DSP se encargó de acudir a las convenciones sanitarias internacionales, emprender campañas contra el alcoholismo y establecer propaganda higiénica y una comunicación constante con autoridades médicas del país e internacionales. Posteriormente, la autoridad legal del DSP se fortaleció en las entidades, cuando se crearon las Delegaciones Federales de Salubridad en 1926.¹³⁹ Ulteriormente, se instituyeron las Unidades Sanitarias Coordinadas, con el objetivo de organizar y enlazar múltiples campañas de vacunación, salubridad e

¹³⁶ Zoraya Melchor Barrera & Diana Melchor Barrera, "Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística", *Intersticios Sociales*, núm. 16 (septiembre 2018): 163-164.

¹³⁷ Ana Cecilia Rodríguez Romo & Martha Eugenia Rodríguez Pérez, "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 5, núm. 2 (1998), 6; Gutiérrez Domínguez, *Secretaría de Salud*, 99.

¹³⁸ José María Rodríguez (1870-1946) fue un destacado médico de la época de Manuel Carmona y Valle, José María Vértiz, Eduardo Liceaga y Nicolás San Juan, entre otros. Rodríguez coexistió entre sus actividades médicas con su compromiso con la Revolución, particularmente al lado de Madero y Carranza. El 7 de marzo de 1914 fue ascendido a coronel y fungió como médico personal de Venustiano Carranza, a quien acompañó en todas las campañas de Chihuahua y Sonora, hasta el triunfo de la Revolución y la llegada del ejército constitucionalista a la Ciudad de México. Ludlow, Leonor y María Eugenia Vázquez, *200 emprendedores mexicanos. La construcción de una nación*, (México, LID Editorial, 2010), 1168-1169.

¹³⁹ Zoraya & Diana Melchor Barrera, "Acciones de salud pública en Jalisco": 165.

higiene, formándose con estos módulos la Coordinación de Servicios Sanitarios.¹⁴⁰ En ese sentido, el proceso de consolidación de las instituciones sanitarias y médicas otorgó un papel activo y sistémico al Estado durante el período posrevolucionario.

En la presidencia de Álvaro Obregón se instalaron dispensarios antituberculosos y antivenéreos con el objeto de la inspección sanitaria y vigilancia de la prostitución. Se inició el servicio de educación higiénica para impartir pláticas sobre hábitos higiénicos en las escuelas nocturnas para obreros y enseñar acciones preventivas evitando el contagio de tuberculosis, padecimientos de transmisión sexual y el alcoholismo. Eventualmente, se creó el Servicio de Higiene Escolar que pretendió mejorar física y moralmente la población infantil, facilitando a través de médicos y enfermeras la atención por malestares dentales, oculares y cutáneos de alumnos, así como, inspecciones clínicas de maestros y empleados de los centros educativos.¹⁴¹ En un informe del 1º de septiembre de 1922, Obregón exployó otras actividades sanitarias emprendidas por el DSP:

“(…) se ha proseguido la campaña contra las enfermedades transmisibles y la realizada contra el tifo se ha fundado exclusivamente en la desinsectación para lo cual se reorganizó completamente el servicio de baños gratuitos para limosneros, vagabundos y en general para la gente desaseada. Igual actividad se ha tenido para combatir la viruela, habiéndose distribuido por toda la República 779,955 dosis de linfa vacunal de ternera, preparada en el Instituto de Higiene y sólo en el Distrito Federal se llevó a cabo la vacunación y revacunación de 148,729 personas.”¹⁴²

Entre otras diligencias durante la gestión de Obregón se fundó la Escuela de Salubridad (1922), que más tarde se convirtió en la Escuela Nacional de Salud Pública (1945), que respondió a la formación profesional de médicos en la organización de escuelas de salud, independiente de las actividades sanitarias del gobierno.¹⁴³ Asimismo, el Instituto Bacteriológico Nacional (1905) se transformó en el Instituto de Higiene (1921), entre sus funciones, se encontró el saneamiento antimalárico, campañas contra la fiebre amarilla y exterminio de roedores en puertos

¹⁴⁰ Claudia Agostoni, “Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México, 1930-1944”, *Dynamis*, núm. 39 (2019), 293-294.

¹⁴¹ Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 33.

¹⁴² Pan American Journal of Public Health, “Extracto del mensaje del General Álvaro Obregón, presidente de los Estados Unidos Mexicanos”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 2(10), (octubre 1923): 301. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14162/v2n10p301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁴³Eibenschultz & Raffael, “Historia de la política sanitaria en México”: 142.

y fronteras. Equivalentemente, las acciones preventivas y prestación de servicios sanitarios estuvieron coadyuvadas por la intervención auxiliar de organismos internacionales, tal fue el caso, de la Fundación Rockefeller en campañas activas de aplicación de vacunas y sueros frente a los ataques de la fiebre amarilla en zonas tropicales y costeras.¹⁴⁴ Así, en septiembre de 1924 comunicó jubilosamente el Ejecutivo los resultados de la atención médica y sanitaria en México:

“Se visitaron 6,384 casas, habiéndose conseguido el saneamiento de 2,123. Se aprobaron 919 proyectos para la construcción de casas, fábricas y centros de reunión y se expidieron 3,214 certificados sanitarios para la apertura de diversos establecimientos. El Servicio de Higiene Escolar atendió las necesidades de las escuelas municipales hasta que pasaron a depender de la Secretaría de Instrucción Pública, y desde entonces se limitó su acción a las escuelas particulares, habiéndose hecho la inspección odontológica de 15,194 alumnos; la de 28,485 respecto de enfermedades de la piel y la inspección ocular de 36,335. Los médicos de este servicio vacunaron y revacunaron a 58,477 educandos y las enfermeras asearon a 15,735 niños”.¹⁴⁵

Las fuentes oficiales durante el periodo de reconstrucción nacional exhiben un compromiso sustancial de las autoridades políticas y médicas posrevolucionarias por salvaguardar la salud de los mexicanos. Inclusive, se comunicaba la formación de congresos médicos en el país, por ejemplo, el Segundo Congreso Mexicano del Niño y el Séptimo Congreso Médico Nacional en 1921. Similarmente, la participación de comitivas del DSP en reuniones internacionales del Instituto de Salubridad de Dallas, la Liga contra la Mortalidad Infantil de París, la Asociación Americana de Salubridad Pública, el Congreso Internacional de Dermatología y Sigilografía de Montevideo y al Congreso Internacional de Higiene Social.¹⁴⁶

En 1930, un artículo del Dr. Francisco de P. Miranda publicado en el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, parece confirmar el firme avance de las actividades en materia de salud en México durante la Posrevolución a diferencia del Porfiriato. Se reconoció el poco alcance del Consejo Superior de Salubridad restringido solamente a la Ciudad de México, los puertos y las fronteras. Siendo un organismo insatisfactorio para las actividades sanitarias, debido a la poca capacidad

¹⁴⁴ Pan American Journal of Public Health, “Extracto del mensaje del General Álvaro Obregón”: 301.

¹⁴⁵ Pan American Journal of Public Health, “Extracto del mensaje del General Álvaro Obregón”: 301-302.

¹⁴⁶ Pan American Journal of Public Health, “Extracto del mensaje del General Álvaro Obregón”: 304.

de gobiernos locales con limitados recursos, autoridades poco competentes y sin la unidad de control en labores higiénicas de las entidades.¹⁴⁷ En cambio, agregaba el buen funcionamiento del Departamento de Salubridad Pública, con facultad para hacer obligatorias las medidas sanitarias en todo el país, resaltando sus alcances entre 1920 a 1924:

“[...] en mi concepto lo más importante fue la creación del Servicio de Educación Higiénica. Estas actividades eran ignoradas antes de la Revolución. Anuncios, folletos, cartelones, boletines, demostraciones públicas, tales como la Semana del Niño, celebrada en 1921, y la iniciación de la idea de emplear enfermeras de higiene pública, fueron las bases del trabajo educativo del Departamento”.¹⁴⁸

La administración presidencial de Elías Calles según el mismo doctor Miranda fue memorable en la historia de la salubridad pública en México. Se amplió el presupuesto del DSP, y con ello, un incremento de la producción de vacunas antivariólicas con 12 millones de dosis distribuidas entre 1924 y 1928. Conjuntamente, se prosiguió la multiplicación de dispensarios antivenéreos en la capital del país y la educación higiénica en las entidades federativas haciendo uso de propaganda, conferencias públicas, folletos, películas, entre otros medios.¹⁴⁹ Cobró importancia la higiene industrial como ejercicio de cuidado en la salud de la clase obrera, fomentando la construcción de viviendas limpias y el cumplimiento de las condiciones labores para el proletariado. De modo similar, señaló el Dr. Aquilino Villanueva jefe del DSP el compromiso del mejoramiento de la salud infantil comunicando la multiplicación de Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, los cuales proporcionaban cuidado prenatal a las madres y atención posnatal sobre la alimentación y cuidados de limpieza del recién nacido.¹⁵⁰

En efecto, en 1929 se creó el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social, y el Servicio de Higiene Infantil, ambos con carácter federal y dependientes del DSP. Estos dos órganos tenían el objetivo de salvaguardar la salud del obrero,

¹⁴⁷ Si bien, reconocía la capacidad de los esfuerzos del Consejo Superior de Salubridad integrado por hombres capaces e instruidos como Eduardo Liceaga, aludía la responsabilidad a los errores cometidos del antiguo régimen porfirista, con la firme frase: Pan American Journal of Public Health, “Evolución de la sanidad en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, núm. 9 (3), (marzo 1930): 233-235. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/11330>

¹⁴⁸ Pan American Journal of Public Health, “Evolución de la sanidad en México”: 236.

¹⁴⁹ Pan American Journal of Public Health, “Evolución de la sanidad en México”: 237-238.

¹⁵⁰ Pan American Journal of Public Health, “Evolución de la sanidad en México”: 239-240.

vigilando las condiciones higiénicas en las fábricas y en los talleres; analizar y resolver la salud y economía del trabajador urbano; proteger a la mujer trabajadora, embarazada o en lactancia; analizar la fisiología y patologías del trabajo; e impulsar la educación higiénica obrera.¹⁵¹ En 1933, el DSP estableció el Servicio de Sanidad Federal de los Estados e instaló delegaciones sanitarias encargadas de la profilaxis de las enfermedades transmisibles con énfasis en la viruela, el tifo, las infecciones tíficas, paratíficas y la difteria. Antedichas delegaciones estatales solicitaron el apoyo de miembros del ejército, las compañías petroleras, los ayuntamientos y maestros de las escuelas para el saneamiento de las poblaciones.¹⁵²

La conservación de la salud de los sectores populares y trabajadores determinó la causa de proyectos médicos concentrados en la clase obrera y los habitantes rurales. Una nueva actitud médica sobre la interdependencia del individuo junto al ambiente laboral permitió la promoción de programas de formación científica en materia de salud y de servicios sanitarios, como fue la referida colaboración de la Fundación Rockefeller.¹⁵³ Entre 1921 y 1949 esta sociedad por medio de becas otorgadas a jóvenes médicos dotó de elementos científicos a su formación y, en cierto grado, determinó una influencia de la medicina estadounidense en territorio nacional.

En 1928, directivos del Departamento de Salubridad Pública acordaron con la Fundación Rockefeller incentivar un programa para estudiantes de medicina en las escuelas de salud pública de la Universidad de Harvard y el Instituto Johns Hopkins. Para Armando Salazar, esto respondió al problema de la salud pública nacional e internacional, por lo que, era importante tener una instrumentación de campañas de salud, educación médica, capacitación de enfermeras, entrenamiento

¹⁵¹ Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 42.

¹⁵² Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 45.

¹⁵³ En cierto grado, la llegada en 1920 de la Fundación Rockefeller para Anne-Emanuelle Birn significó una política de descentralización en la salud pública del país. Al entenderse que fue un incremento de la responsabilidad y la autoridad en la provisión de servicios de salud a niveles subnacionales. Asimismo, para México fue un modo de cooperación estatal y local con una fundación norteamericana, ésta misma buscaba proteger el comercio internacional y mejorar la productividad de trabajadores agrícolas. Anne-Emanuelle Birn, "Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma", *Dynamis*, núm. 25, (2005), 286.

del personal de salud pública, de médicos y la introducción de nuevas políticas de salud.¹⁵⁴ Así, la mayoría de alumnos de medicina becados lograron posicionarse en puestos altos de las instituciones de higiene y salubridad del país. En 1933, el Departamento de Salubridad Pública y la Fundación Rockefeller habían otorgado catorce becas, y algunos egresados ya tenían cargos como directores de las Unidades Cooperativas,¹⁵⁵ como jefes de laboratorios del Instituto de Higiene, directores en el Instituto de Enfermedades Tropicales¹⁵⁶ y encargados de los departamentos de Epidemiología.¹⁵⁷

En el Maximato junto a la posterior presidencia de Lázaro Cárdenas se extendieron los programas de salud y los servicios médicos en las zonas rurales. En 1931, se promulgó la Ley Federal del Trabajo que estableció la protección del obrero asalariado, concedió la indemnización y seguridad de los proletarios por cuestiones de vejez, invalidez, enfermedad profesional y deceso.¹⁵⁸ Para 1933 la creación del plan sexenal aumentó el presupuesto en materia de salud pasando a un 5.5% de los egresos de la Federación. Dicho incremento se concentró en fortalecer el combate de las principales causas de mortalidad infantil y preparar personal técnico sanitario; dando atención sobre la alimentación y vivienda popular;

¹⁵⁴ Armando Solórzano, "La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 58, núm. 1 (enero-marzo 1996), 174-175.

¹⁵⁵ En 1928, con el apoyo de la Fundación Rockefeller se fundaron las Unidades Sanitarias Cooperativas, primero en el estado de Veracruz y luego en todo el país. Las cuales eran responsables de levantar estadísticas de salud, el control de enfermedades infecciosas, capacitar a parteras y desarrollar actividades de saneamiento, potabilización de agua, control sanitario de la leche e higiene escolar, materna e infantil. Gómez-Dantés & Julio Frenk, "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud", *Salud pública de México* núm. 61 (2), (marzo-abril 2019): 31-33.

¹⁵⁶ En 1939, fue inaugurado el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET). Esta institución debía dedicarse a la investigación científica de los diferentes problemas técnico-sanitarios que se planteaban al Departamento de Salubridad Pública. El ISET reunió internamente a un grupo de especialistas dedicados a la investigación clínica y de laboratorio en el mismo centro y estuvo a la vanguardia en cuanto a integrar equipo de investigación en protozoología, helmintología, entomología, anatomía patológica, bacteriología, farmacología, química, epidemiología y estadísticas. Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 53.

¹⁵⁷ Solórzano, "La influencia de la Fundación Rockefeller", 184.

¹⁵⁸ Cecilia Rodríguez Romo & Martha E. Rodríguez Pérez, "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX": 7.

pronunciar leyes en materia de protección de salud de los trabajadores; y mejorar la coordinación de los servicios sanitarios federal, estatal y municipal.¹⁵⁹

A lo largo del decenio de 1930 se vivió una progresión en reformas y reglamentos de los espacios de trabajo y la higiene industrial. Los médicos manifestaron la atención y el reconocimiento de la medicina para mejorar las condiciones laborales.¹⁶⁰ De tal modo, se promulgó un nuevo Código Sanitario en 1934, que antepuso la trascendencia de la medicina y la seguridad social, tanto de los trabajadores urbanos como rurales.¹⁶¹ Simultáneamente, se implementó de forma obligatoria el servicio social en pasantes de las carreras de medicina en 1935¹⁶² y la formación de jóvenes médicos rurales, tras la inauguración del Instituto Politécnico Nacional.¹⁶³

El gobierno de Cárdenas vitalizó el discurso de justicia social revolucionario a partir de las políticas formadas en el sexenio. A través de la Reforma Agraria se incluyó un elemento significativo para la prestación de servicios de salud, donde las cooperativas agrícolas tradicionales de los ejidos fueron un trampolín para la formación de unidades médicas ejidales. Esta nueva manera de organización en la atención médica de los sectores rurales con base en la financiación de pagos de las

¹⁵⁹ Ana María Carrillo, "Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940", *Dynamis*, núm. 25, (2005), 148-149.

¹⁶⁰ La reglamentación realizada entre 1931-1934 resaltó la importancia de vigilar e inspeccionar los cuerpos, espacios, maquinarias, ambientes y la rutina de los obreros, así como identificar y eliminar posibles riesgos y vulnerabilidades, y prevenir accidentes y contagios. Agostoni, "Médicos al servicio", 300.

¹⁶¹ La promulgación del Código Sanitario, amplió las actividades sanitarias federales. Presentó innovaciones siendo las más llamativas la coordinación y cooperación de los servicios sanitarios, con concursos no sólo de las autoridades sino también de particulares. Su principal objetivo fue expandir la acción sanitaria de los poblados alejados. Esta política fue incorporada al plan sexenal de 1934-1940. Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 46.

¹⁶² El servicio social fue implementado en 1935, el cual implicó la práctica de pasantes de medicina en unidades médico-rurales cooperativas. Algunos de los recién egresados de la carrera de medicina eran pagados por el Departamento de Salubridad Pública y otros más remunerados por diversas dependencias oficiales o particulares, pero bajo el control del Departamento. De este modo, significó una manera de resolver problemáticas sociales, fundamentales en los medios agrarios. Así pues, el Departamento de Salubridad Pública y el Dr. Gustavo Baz Prada director de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, consideraron al pasante de medicina como un promotor capaz de beneficiar la condición de las comunidades rurales del país. Carrillo, "Salud Pública y poder en México", 162-163; Martha Eugenia Rodríguez, "Salud durante el Cardenismo (1934-1940)", *Gaceta Médica de México*, núm. 153 (2017): 610.

¹⁶³ Claudia Agostoni, "Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México": 299.

familias campesinas y de los bancos de crédito ejidal, transitó de 2 módulos médicos ejidales en 1935 a 121 en 1940.¹⁶⁴

Los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos operaron en las regiones geográficas de mayor productividad agrícola, como Yucatán y la Comarca Lagunera. A la larga, se transformaron en los Servicios Médicos Rurales Cooperativos financiados con recursos federales y estatales y contribuciones de los propios campesinos, que llegó a contar con 11 hospitales rurales, 92 centros de salud y 225 centros auxiliares. Ulteriormente, en 1938 se instauró la Oficina de Higiene Rural y Medicina Social que impartía atención a los trabajadores y de las periferias hacia el centro del país, para llegar a los pueblos de costas y zonas más insalubres.¹⁶⁵ Para 1939 más de un millón de ejidatarios recibió servicio médico por parte de mil quinientas enfermeras, buscando agregarse cien nuevas anualmente con el objetivo de tener una enfermera por cada diez mil habitantes.¹⁶⁶

Indudablemente, el proceso de formación del sistema de salud pública nacional tomó un aire fortalecedor en el sexenio de Cárdenas. En 1934, se publicó la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, la cual facultó al jefe del DSP celebrar convenios con las autoridades de las entidades federativas. En 1937, el Estado asumió completamente la gestión de la atención médica de la salud infantil y de los grupos marginados, con la fundación de la Secretaría de Asistencia Pública (SAP), que reflejó la postura internacional del Estado de bienestar. La adopción de los términos de seguridad y asistencia social aplicados principalmente a la atención médica, en sustitución, del concepto decimonónico de beneficencia promovió la organización de ayuda social a la infancia y prevención de muerte prematura, por lo que se creó el Departamento de

¹⁶⁴ Emanuelle Birn, "Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma": 300.

¹⁶⁵ Gómez-Dantés & Julio Frenk, "Crónica de un siglo de salud pública en México": 205.

¹⁶⁶ La Oficina de Higiene Rural se ocupaba del saneamiento constante de las zonas palúdicas; de la sanidad de escuelas, establos, lecherías, rastros, carnicerías, mercados y restaurantes; del estudio y promoción de casa higiénicas en las zonas rurales, así como de la higiene de los alimentos y de la nutrición; el estudio de la alimentación regional, el fomento de cultivo de alimentos básicos; y de los estudios estadísticos de enfermedades por carencia. Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 48-49.

Asistencia Infantil.¹⁶⁷ Este departamento fue la primera estructura autónoma del DSP que apoyó directamente en la tarea de atención médica y su relevancia quedó expuesta cuando se fusionó con la Junta de Beneficencia Pública para crear la Secretaría de Asistencia Pública (SAP), con servicios de salud no únicamente a infantes, sino a todos los habitantes vulnerables.¹⁶⁸

De igual modo, a través de la Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República¹⁶⁹ se ensancharon los servicios médicos y de nutrición a partir de profesionales capacitados. Sin duda alguna, los esfuerzos en la salud pública estuvieron acorde al buen desarrollo económico nacional e incremento presupuestal durante la administración de Lázaro Cárdenas, de un monto destinado en ese rubro de 7.4 millones de pesos en 1935 se pasó a 16.5 millones en 1939.¹⁷⁰ Asimismo, al comenzar la presidencia de Ávila Camacho la recién fundada SAP tenía un aportación federal para los servicios asistenciales de 2.2 millones de pesos, distribuido en los diversos módulos de asistencia social: 113 centros de asistencia infantil, 253 jardines de niños, 253 casas maternas, 37 hogares infantil, 26 comités voluntarios, 14 hospitales, 31 oficinas de prevención social, un dormitorio público, 2 hogares sustitutos, 9 coordinaciones, que atendieron a 139 mil 439 personas con un total de 311 mil 724 consultas médicas.¹⁷¹

Llegados a este punto, es claro un proceso centralizador y de institucionalización de un sistema de salud pública a lo largo de las décadas posrevolucionarias. A todo esto, el ambiente político y económico de aquellos años con la cercanía de Estados Unidos demostró una influencia de una política sanitaria caracterizada por una multiplicidad de instituciones, que incorporaron la científicidad

¹⁶⁷ Zoraya & Diana Melchor Barrera, "Acciones de salud pública en Jalisco": 167; Pan American Journal of Public Health, "Primera Convención Federal de trabajadores de salubridad de la República", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, núm. 16 (10), (octubre 1937): 935. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15732>.

¹⁶⁸ Gómez-Dantés & Julio Frenk, "Crónica de un siglo de salud pública en México": 205.

¹⁶⁹ La coordinación de los servicios sanitarios federal, estatales y municipales se puso en práctica de manera experimental en 1932; para 1934, fue establecida formalmente como una política nacional al decretarse la Ley de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios en la República. Esta simbolizó la preponderancia de extender los beneficios de la atención médica y la medicina preventiva a todos los municipios del país. Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 46.

¹⁷⁰ Eugenia Rodríguez, "Salud durante el Cardenismo (1934-1940)": 611.

¹⁷¹ Pan American Journal of Public Health, "La asistencia pública en México": 1104-1105.

con modelos cardinales en la asistencia social, la seguridad social y la especialización médica. Ciertamente, el desarrollo industrial de 7 mil nuevas empresas de transformación durante los últimos años del decenio de 1930 implicó importantes utilidades, lo que incentivó un presupuesto mayor hacia el aspecto de la salud y asistencia pública, aunque, en algún grado optimizar las condiciones de vida de los mexicanos bajo la premisa de estimulación y ampliación del mercado de consumo del capitalismo.¹⁷²

Hacia fines del periodo cardenista el endeudamiento y la secuela económica por la nacionalización petrolera en 1938, desató una inflación que ralentizó la consumación de una estructura de atención médica y seguridad social del país. Sin embargo, en 1943 la formación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) simbolizó la formación de un sistema nacional de salud pública seguida de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública (SAP) con el Departamento de Salubridad Pública (DSP). De este modo, se puso en marcha un Plan Nacional de Hospitales, contemplando la construcción de nosocomios en los grandes centros urbanos de la República. En esa lógica, entre los años 40's y 50's en la ciudad de México se construyeron tres institutos modernos especializados (Cardiología, Neurología y Neurocirugía y el de Enfermedades Respiratorias), el Hospital Infantil de México y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (que más tarde se llamaría Instituto Nacional de Nutrición).¹⁷³

El empeño de la salud pública en México se puede reflejar en cierto modo con el fenómeno de la vacunación durante la primera mitad del siglo XX. Si bien, solamente son cifras generales es a partir de la década de 1930, que existen cifras notorias de la vacunación contra la viruela y la rabia. En el primer caso en 1930 se registró 600 mil 866 inmunizaciones que se duplicaron para 1935 con 1 millón 447 mil 547; y en 1940 4 millones 088 mil 654 vacunas aplicadas. Por su parte, la vacunación antirrábica en 1930 se registraron 4 mil 016 inmunizaciones; en 1935, 18 mil 416; y en 1950 107 mil 421 vacunas. (Véase, Apéndice 5-Cuadro 5).

¹⁷² Catalina Eibenschultz y Thelma Rafael, "Historia de la política sanitaria en México": 146-147.

¹⁷³ Catalina Eibenschultz y Thelma Rafael, "Historia de la política sanitaria en México": 148.

La constitución del servicio médico nacional para beneficiar y hacer cumplir con las demandas de la población durante el período posrevolucionario otorgó un papel central del mismo Estado, organizando y ampliando la atención en materia de salud y asistencia social en el país. Desde luego, continuaron las medidas sanitarias impuestas desde el Porfiriato como eran las campañas de vacunación, la sanitización e inspección higiénica de la sociedad; aunque, también la higiene industrial e infantil, junto a la obligatoriedad del servicio social en la pasantía médica y prestación de servicios en zonas rurales. Este conjunto de acciones buscó erradicar y prevenir enfermedades infectocontagiosas de viejo antaño y con un lastre grave en el desarrollo demográfico y niveles de vida de los habitantes. Específicamente, en la década de 1930 a 1940 se caracterizó por fincar los pilares de la institucionalización del servicio médico federal, existió una variedad de dependencias, las cuales se integrarían en un sistema de seguridad social y de salud pública.¹⁷⁴ De esta suerte, en 1943 la aprobación de la Ley del Seguro Social fue uno de los acontecimientos más significativos en la historia institucional médica en México, que coronó un proceso desde 1917 con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), haciéndose cargo de la responsabilidad pública en materia de salud a los trabajadores del sector formal, a partir de servicios y prestaciones de un sistema de seguridad.¹⁷⁵

Finalmente, la importancia de las políticas en el sexenio de Lázaro Cárdenas (1934-1940) en el cuidado de las clases trabajadoras y rurales a través de campañas y brigadas sanitarias por medio de unidades cooperativas y ejidales, como también por la incentivación de la educación higiénica, seguridad social y

¹⁷⁴ Según Ana María Carrillo sería el gobierno de Porfirio Díaz, durante el cual la profesión médica elaboró el primer Código Sanitario, donde se fundó hospitales modernos y se organizó en el país las primeras campañas basadas en la bacteriología y la medicina tropical, y que planteó su aspiración de crear un ministerio de salud dependiente directamente del presidente de la República, como los primeros pasos en la federalización de los servicios de salud. Se continuó con los gobiernos nacidos de la Revolución, y sus tareas estuvieron unidas por varios puentes al antiguo régimen a pesar de la cruenta guerra civil que los separaba: uno de ellos, el Código Sanitario promulgado en el Porfiriato, el cual tuvo vigencia hasta 1926; otro, las campañas sanitarias iniciadas a principios del siglo XX, y continuadas de manera muy similar una vez pacificado el país; uno más, el convencimiento de la necesidad de imponer la sanidad, limitando las libertades civiles, si fuese necesario. Fajardo Ortiz, Carrillo & Vela, *Perspectiva histórica*, 54.

¹⁷⁵ Zoraya & Diana Melchor Barrera, "Acciones de salud pública en jalisco": 168.

médica hacia los sindicatos de obreros, la participación de jóvenes practicantes y especialistas para brindar atención médica. En suma, la colaboración de las instituciones como el Departamento de Salubridad Pública, el Instituto de Higiene, la Escuela de Salubridad, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, la Secretaría de Asistencia Pública, la Facultad de Medicina de la UNAM y de la Universidad Michoacana y los centros de higiene rural distribuidos por el territorio mexicano integraron trascendentalmente la conformación de la salud pública del México posrevolucionario.

2.2.-DILIGENCIAS Y COMPETENCIAS SANITARIAS EN VERACRUZ.

La creación de cuerpos coordinados con responsabilidad ejecutiva, y no solamente consultiva o normativa, fue importante en la prestación de servicios médicos y sanitarios por parte de los gobiernos estatales en la formación del sistema de salud pública de México. En Veracruz, la centralización e institucionalización en ese aspecto se alineó a los preceptos políticos federales, que junto a la colaboración de las administraciones estatales determinaron disposiciones, medidas y atenciones en la actividad médica e higiénica durante las décadas posrevolucionarias. Así, se vislumbró un recorrido fundamental de la medicina preventiva y curativa a un gradual crecimiento de recursos y responsabilidades sistematizados para el fortalecimiento de la estructura sanitaria y asistencial de la sociedad veracruzana.

En 1917, el gobernador provisional de Veracruz Adalberto Palacios informó sobre la necesidad de atender los graves problemas de salud en la población de la entidad, por lo cual, se fundó la Dirección de Salubridad del Estado y las Juntas de Sanidad Municipales, quienes se encargaron de tareas preventivas y de salud en una coordinación de 24 módulos que funcionaban regularmente en el estado.¹⁷⁶ Para 1921, se comunicó el progreso del servicio sanitario señalando la mejora gradual gracias a los esfuerzos de las juntas sanitarias locales, inclusive

¹⁷⁶ Informe que rinde el ciudadano general Adalberto Palacios, gobernador provisional del Estado libre y soberano de Veracruz-Llave, a la XXVI. Legislatura del mismo, de la labor política y administrativa que realizó durante el período comprendido del 29 de marzo al 23 de junio de 1917, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5163-5164.

agregándose 10 nuevas y, dando un total de 63 Juntas de Sanidad desplegadas en Veracruz. Dichas corporaciones municipales tuvieron como objeto brindar atención especial en la vigilancia higiénica, comunicación sanitaria y la aplicación de la vacuna antivariolosa en las poblaciones donde estaban presentes.¹⁷⁷

En 1919, se logró realizar con normalidad inspecciones de establecimientos y la inmunización de viruela en las principales ciudades veracruzanas. Posteriormente, en 1922 se incrementó sustancialmente a 120 Juntas de Sanidad Municipales, que comenzaron insistentemente actividades de prevención de aislamiento y desinfección contra enfermedades epidémicas como escarlatina, difteria, fiebre y tuberculosis. Eventualmente, se notificó la atención especial de las enfermedades venéreas y la aplicación de profilaxis de la sífilis por parte de la Dirección de Salubridad al encargarse del reconocimiento clínico y bacterioscópico de las prostitutas, a fin de retenerlas en sanatorios para su debido alivio.¹⁷⁸

Cuadro 9
Vacunación antivariólica en Veracruz

Segundo semestre de 1918	
Hombres	2159
Mujeres	1508
Total	3667
Con éxito en vacunados	820
Mal éxitos vacunados	2847
Aprovechamiento	22.36%
Primer trimestre de 1919	
Hombres	2046
Mujeres	1918
Total	3964
Con éxitos vacunados	1143
Mal éxitos vacunados	2821
Aprovechamientos	28. 83 %

Fuente: Informe del ciudadano A. Deschamps gobernador interino del Estado de Veracruz-Llave, rendido ante la H. Legislatura del mismo día 5 de mayo de 1919 al 28 de agosto de 1919 en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5347.

¹⁷⁷ Informe del ciudadano A. Deschamps gobernador interino del Estado, rendido ante la H. Legislatura del mismo, el día 16 de septiembre de 1919, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5391.

¹⁷⁸ Informe del gobernador Adalberto Tejeda y Memoria que rinde el Ejecutivo libre y soberano de Veracruz-Llave, a la H. XXIX Legislatura del mismo por el período comprendido del 16 de octubre de 1920 al 16 de septiembre de 1922, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5531-5532.

El funcionamiento de Juntas de Caridad todavía estaba presente para el socorro y atención clínica de enfermos, siendo estas delegaciones encargadas del funcionamiento de hospitales e instituciones benéficas. En 1919, se dictaminó un presupuesto significativo para la Juntas de Caridad de Córdoba (10 mil pesos), Orizaba (14 mil 652.57 pesos) y Veracruz (10 mil pesos).¹⁷⁹ De esta forma, en 1922 se concentraron 10 nosocomios distribuidos en espacios urbanos de la entidad, los cuales brindaron una atención clínica a 2 mil 353 pacientes con un resultado de 293 fallecimientos.¹⁸⁰

Cuadro 10
Relación del movimiento de hospitales en 1922 en Veracruz

	Enfermos			Fallecidos		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Coatepec	77	14	91	5	0	5
Córdoba	338	179	517	38	36	74
Misantla	36	3	39	11	0	11
Minatitlán	117	0	117	30	0	30
Orizaba	13	9	52	14	1	15
Papantla	77	11	88	10	4	14
Tlacotalpan	91	18	109	11	0	11
Tierra Blanca	72	0	72	5	0	5
Tuxpan	215	158	373	32	2	34
Veracruz	0	895	895	0	94	94
Totales	1066	1287	2353	156	137	293

Fuente: Adalberto Tejeda. Memoria que rinde el Ejecutivo del Estado libre y soberano de Veracruz-Llave, a la H. XXIX Legislatura del mismo por el período comprendido del 16 de octubre de 1920 al 16 de septiembre de 1922, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5597.

Entretanto, el esfuerzo por preservar la salud de la población se envolvió en un control de las epidemias durante los primeros años de la década de los 20's. En 1923, se notificó las tareas pertinentes sobre el control de la viruela en Orizaba, por tanto, no se presentó ningún caso entre noviembre de 1922 hasta febrero de ese año. De igual modo, se llevó a cabo la vacunación y revacunación antivariolosa de

¹⁷⁹ Informe del ciudadano A. Deschamps gobernador interino del Estado de Veracruz-Llave, rendido ante la H. Legislatura del mismo día 5 de mayo de 1919 al 28 de agosto de 1919 en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5287-5288.

¹⁸⁰ Informe que rinde el Ejecutivo del Estado libre y soberano de Veracruz-Llave ante la H. Legislatura del mismo por el período comprendido del 16 de septiembre de 1922 al 05 de mayo de 1923, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5709.

29 mil 488 personas, además, del destierro definitivo de la influenza española suscitado entre 1918 a 1919, gracias al esfuerzo de la Dirección de Salubridad.¹⁸¹ En efecto, la información oficial exponía de manera convincente los grandes avances en materia sanitaria en la entidad veracruzana, y con ello, un esbozo de las actividades en medicina veterinaria, ingeniería sanitaria y ordenamientos higiénicos en cumplimiento por salvaguardar el bienestar de los habitantes. Según el informe del gobierno estatal en 1926 las diversas diligencias sanitarias y de higiene en ciudades logró beneficios significativos en poblaciones como Puerto México Minatitlán, Villa Cardel y los ingenios de Coscapan, La Gloria, Motzorongo y San Juan Sugar, cuya higienización se consiguió de forma satisfactoria.¹⁸² (Véase, Apéndice 6-Cuadro 6).

La colaboración del gobierno mexicano junto a instituciones de carácter internacional u organismos nacionales en la prestación de atenciones sanitarias fue patente en la entidad de Veracruz. En 1926, el gobernador Adalberto Tejeda comunicó sobre las actividades sanitarias contra la uncinariasis, en gran medida bajo el apoyo de la Institución Rockefeller que logró una construcción de 2 mil 586 excusados en las poblaciones de San Andrés Tuxtla, Tlalixcoyan, Cosamaloapan, Minatitlán, Chacaltianguis, Veracruz, Puerto México y Tuxtilla.¹⁸³ Asimismo, la tuberculosis fue centro de atención por la Liga Antituberculosa de la República buscando la instalación de ligas similares en las ciudades de Xalapa, Córdoba y Orizaba, por ende, instaurar una Liga Veracruzana Antituberculosa autónoma y materialmente socorrida por el gobierno del estado.¹⁸⁴

¹⁸¹ Adalberto Tejeda. Informe que rinde el Ejecutivo del Estado libre y soberano de Veracruz-Llave ante la H. Legislatura del mismo por el período comprendido del 16 de septiembre de 1922 al 05 de mayo 1923, 5753.

¹⁸² Informe que rinde el Ejecutivo del Estado ante la XXX Legislatura el 5 de mayo de 1926, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5927.

¹⁸³ Informe que rinde el Ejecutivo del Estado ante la XXX Legislatura el 5 de mayo de 1926, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5927.

¹⁸⁴ Informe que rinde el Ejecutivo del Estado ante la XXX Legislatura el 5 de mayo de 1926, en Blázquez Domínguez, 5928.

Esta incentivación sanitaria por parte de la autoridad gubernamental no escapó de los problemas económicos momentáneos del período. Anteriormente a la depresión del 29 se comunicó sobre dificultades de las finanzas estatales, por lo que, el Departamento de Salubridad de la entidad orilló a la destitución de 31 inspectores, 12 agentes, 5 mozos, 4 jefes de sección, 3 médicos y 2 ayudantes de sección. Con todo, se logró realizar ejercicios antimaláricos en la destrucción de criaderos de mosquitos, visitas domiciliarias, desecación de charcas y pantanos por medio del relleno y zanjeo, ante un panorama de 4 mil 149 defunciones por paludismo en Minatitlán. Equivalentemente, se realizaron 1 millón 175 mil 914 inmunizaciones, debido al registro de 257 enfermos y 126 muertes por viruela en Ayahualco y Panucó en 1927.¹⁸⁵

Aparentemente, el desarrollo de enfermedades de carácter epidémico fue medular y de respuesta inmediata por parte de los funcionarios públicos. En 1928, la aparición de una breve oleada de sarampión en la ciudad de Xalapa por responsabilidad de avisos a destiempo de médicos, agentes sanitarios y directores de escuelas orilló a la distribución entre la población local de 10 mil folletos con instrucciones para evitar el contagio. De modo parecido, la fiebre tifoidea fue centro de atención por parte de burócratas sanitarios, ya que se vigiló a enfermos y vacunó a 3 mil 837 personas a fines de julio del referido año.¹⁸⁶

La connotación de la salud infantil del cuadro de los servicios sanitarios durante la Posrevolución se hizo presente evidentemente en Veracruz. A través de un amplio programa de salud se tuvo el objetivo del mejoramiento social y formación de generaciones saludables, iniciándose reconocimientos médicos-escolares de infantes en escuelas de las ciudades de la entidad a fines de la segunda década. Fueron destinados un médico y dos enfermeras del Departamento de Salubridad Pública para esta revisión minuciosa en el análisis de heces fecales para relevar posibles padecimientos de parasitosis. De acuerdo al informe oficial, se suscitaron

¹⁸⁵ Abel S. Rodríguez. Informe del gobernador del Estado. Septiembre 1927 a septiembre 1928, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 6052-6053.

¹⁸⁶ Abel S. Rodríguez. Informe del gobernador del Estado. Septiembre 1927 a septiembre 1928, en Blázquez Domínguez, 6054.

un total de 3 mil 547 visitas y se giraron 2 mil 910 comunicaciones a padres de familia y directores de escuelas sobre el estado de salud de los escolares.¹⁸⁷

El inicio de la tercera década del siglo XX en Veracruz marcó una transformación en el mecanismo de atenciones médicas en la población. En concordancia, a las iniciativas federales de salud pública en la entidad se decretó la fusión de los servicios sanitarios del estado y del DSP, lo que constituyó las Unidades Sanitarias Cooperativas del Estado de Veracruz. Se ordenó una organización asociativa más sujeta al poder ejecutivo estatal y nacional, con un carácter administrativo y resguardo amparada por reglamentos, sanciones y labores sanitarias públicas.¹⁸⁸ De manera que, se estableció primero la Unidad Sanitaria Cooperativa de Minatitlán-Puerto México encaminada a la realización de conferencias higiénicas y acciones preventivas, debido al elevado índice de paludismo y uncinariasis, disponiendo un médico, dos inspectores y dos enfermeras.¹⁸⁹

La fundación de la Unidades Sanitarias en Veracruz brindó un campo de acción sistematizado de la actividad sanitaria, determinando un esfuerzo colectivo de la política en salud pública, que buscaba cumplir con los cometidos de progreso social y económico de la sociedad mexicana en la Revolución Mexicana. En 1931, un conducto de la sección epidemiológica asentó estos esfuerzos coordinados con la vacunación de 32 personas contra difteria, 2 mil por fiebre tifoidea y 46 mil 428 de viruela en el estado. Asimismo, el reconocimiento médico escolar de 1 mil 215 alumnos de diversos colegios, a su vez, apegado a la continuidad de un discurso eugenésico por evitar el deterioro físico y mental de las futuras generaciones veracruzanas. Entre otras actividades por preservar el estado de salud y limpieza la

¹⁸⁷ Abel S. Rodríguez. Informe del gobernador del Estado. Septiembre 1927 a septiembre 1928, en Blázquez Domínguez, 6054-6055.

¹⁸⁸ Adalberto Tejeda. Informe que rinde el Ejecutivo del Estado ante la XXXIII H. Legislatura el 5 de mayo de 1931, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 6157-6164.

¹⁸⁹ Cabe mencionar, que una de las primeras actividades de la Unidad fue el examen microscópico de materias fecales de 1 mil 307 muestras de excrementos, únicamente, 34 estaban sanas y 1 mil 080 presentaban parásitos. Abel S. Rodríguez. Informe del gobernador del Estado. Septiembre 1927 a septiembre 1928, en Blázquez Domínguez, 6056-6058.

inspección de enfermos contagiosos; la desinfección de ropas, de casa, de hoteles, de casas de huéspedes, mesones y baños públicos; la vigilancia de excusados y caños; la incineración de basuras; y vigilancia de patios de vecindad.¹⁹⁰

El esfuerzo sanitario posrevolucionario reprodujo en las autoridades políticas la correlación de salud al estado de aseo y control de hábitos, ensalzando la pulcritud de los habitantes. En ese sentido, se preservó del Porfiriato una postura de la higiene como un acto moral y reflejo de la honradez de un pueblo desarrollado. Una de las actividades “indecorosas” perseguidas desde épocas pasadas desde un parámetro pudoroso y ahora sanitario fue el control de la prostitución y enfermedades venéreas. Naturalmente, se emprendieron esfuerzos del gobierno estatal a partir de la instrucción sobre los peligros de los padecimientos de transmisión sexual, por lo que se dispuso de médicos tanto del DSP y las Unidades Sanitarias Cooperativas del Estado para sustentar en centros obreros y educativos conferencias sobre higiene sexual.¹⁹¹ Ulteriormente, en 1932 en cumplimiento de la Ley número 362 se abolió el ejercicio de la prostitución, prohibiéndose el meretricio comercial y los burdeles de la entidad, no obstante, se reconoció un esfuerzo mayor debido a los pequeños resultados hasta el momento contra el meretricio.¹⁹²

La abolición de la prostitución se sustentó en las autoridades en principios racionales y científicos con base en la cooperación y acatamiento de la norma, sin descuidar la dignidad moral y liberación social de la mujer veracruzana. En ese marco, se notificó el tratamiento de 18 mil 600 enfermos de padecimientos venéreos en los dispensarios cooperativos establecidos en Veracruz, Orizaba, Santa Rosa y Xalapa.¹⁹³ Sin embargo, no desapareció la preocupación política con cierto desdén hacia la mujer, en la forma en que se proporcionaba trabajo al sector femenino

¹⁹⁰ Adalberto Tejeda. Informe que rinde el Ejecutivo del Estado ante la XXXIII H. Legislatura el 5 de mayo de 1931, en Blázquez Domínguez, 6250-6251.

¹⁹¹ Adalberto Tejeda. Informe que rinde el ciudadano gobernador del Estado ante la XXXIII Legislatura, 1932, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XII (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 6302.

¹⁹² Adalberto Tejeda. Informe que rinde el ciudadano gobernador del Estado ante la XXXIII Legislatura, 1932, en Blázquez Domínguez, 6302.

¹⁹³ Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda, gobernador constitucional del Estado ante la H. Trigesimacuarta Legislatura, en Blázquez Domínguez, tomo XI, 6160-6162.

orillándola al meretricio, exhibiendo la falta de ingreso económico como determinante de la vergonzosa actividad; e inclusive, requiriendo de la eugenesia e higiene mental para descubrir las causas psicológicas que guiaban a las féminas a estas terribles inclinaciones patológicas.¹⁹⁴

En otro aspecto, a inicios de la tercera década también se dio un cambio estructural en el rubro de caridad, por medio de la ley número 340 del 06 de agosto de 1930 se instaló la Dirección General de Beneficencia Pública. La reformación legislativa hizo que tanto hospitales, asilos y hospicios pasaran de las extintas Juntas de Sanidad Municipales a las nuevas Juntas Municipales de Beneficencia en el estado de Veracruz. Supuestamente, la reestructuración optimizaría la utilización de los fondos y mejoramiento operativo, aunque, claramente se percibe en esta acción un apego al proceso de centralización e institucionalización de un sistema de salud pública en el país. Adicionalmente, se agregó entre los motivos la completa bancarrota en que se encontraban las extintas Juntas de Sanidad, pues, los censatarios habían dejado de cumplir con sus pagos agravando y originando situaciones difíciles en la atención de hospitales, sanatorios y hospicios.¹⁹⁵

Ciertamente, la creación de la Dirección General de Beneficencia del Estado para Hubonor Ayala significó el fin de un ciclo en donde el gobierno federal y estatal habían dejado en manos de los Ayuntamientos los asuntos concernientes a la beneficencia. Hablamos pues, de una política que inició la uniformidad de la salud y la asistencia pública, debido a que se crearían leyes que se caracterizaron por su contenido social y protección de las clases bajas, desamparadas y proletarias, como: la ley reglamentaria de la prostitución, la ley que creó el servicio de eugenesia e higiene mental, la de reparto de utilidades, la de expropiación por utilidad pública, el seguro de vida de empleados públicos y maestros, la lucha contra el alcoholismo, entre otras.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda, gobernador constitucional del Estado ante la H. Trigesimacuarta Legislatura, en Blázquez Domínguez, tomo XI, 6164.

¹⁹⁵ Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda, gobernador constitucional del Estado ante la H. Trigesimacuarta Legislatura, en Blázquez Domínguez, tomo XI, 6189.

¹⁹⁶ Ayala Flores, "La beneficencia pública...", 116-117.

La incentivación de las Juntas Municipales de Beneficencia correspondió a una política nacional de control de las instituciones de auxilio y asistencia, logrando un equilibrio entre ellas y el propio ejecutivo del Estado. En consecuencia, se buscó mejorar el funcionamiento y satisfacer la solvencia económica para procurar un servicio no solamente a las ciudades y centros urbanos, sino también en los espacios rurales. Entre 1930 y 1932, se informó sobre el establecimiento de un comedor público para niños de hijos obreros sin trabajo, la instalación de nuevas salas de hospitales, construcción de hornos de panadería, fundación de cooperativas de producción en los hospicios, reparación de los edificios de beneficencia en general y una contribución de 26 mil 480.10 pesos a cuenta de subsidios pendientes de pago destinados a la recién fundada Dirección General de Beneficencia.¹⁹⁷

Similarmente, las Unidades Sanitarias Cooperativas en Veracruz contemplaron en la salud infantil y el aseguramiento del progreso social buscar atender de manera preferente el saneamiento de las pequeñas poblaciones rurales, la salubridad de las habitaciones de campesinos y su higiene personal. De esta forma, se comunicó la cantidad monetaria de las partes cooperantes de las Unidades Sanitarias Cooperativas de la entidad, en el cual se mostró la apertura de Unidades en Río Blanco, Orizaba, Tierra Blanca, Veracruz, Tuxpan y Camerino Z. Mendoza con un monto presupuestal de 480 mil 612 pesos para 1932.¹⁹⁸ Además,

¹⁹⁷ Los capitales impuestos para tal subsidio fueron los siguientes: Junta Municipal de Beneficencia Córdoba \$4,100 pesos; Junta Municipal de Beneficencia Jalapa \$205,144.81 pesos; Junta Municipal de Beneficencia Naolinco \$60,000 pesos; Junta Municipal de Beneficencia Veracruz \$424,107.52 pesos; Junta Municipal de Beneficencia Orizaba \$168,526.20 pesos; Edificios \$298,162.82; Muebles y útiles \$85,786.33; Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda, gobernador constitucional del Estado ante la H. Trigesimacuarta Legislatura, en Blázquez Domínguez, tomo XI, 6190.

¹⁹⁸ De acuerdo al informe presentando para el período comprendido de 1928 a 1932 del gobernador del estado Adalberto Tejeda, estas fueron las cantidades destinadas: Departamento de Salubridad Pública Federal, 332,245.12 pesos; Gobierno del Estado de Veracruz, 77,084.40 pesos; Fundación Rockefeller, 15,000.00 pesos; Ayuntamiento de Minatitlán, 3,600 pesos; Ayuntamiento de Puerto México; 3,600; Ayuntamiento de Veracruz, 36,000 pesos; Ayuntamiento de Tierra Blanca 1,800; Ayuntamiento de Orizaba 5,940 pesos; Ayuntamiento de Río Blanco 540 pesos; Ayuntamiento de Camerino Z. Mendoza 360 pesos; Ayuntamiento de Tuxpan 3,000 pesos; Donativos de particulares de la Unidad Sanitaria de Tuxpan, 1,443.29 pesos, que dieron un total de \$480,612.72 pesos. Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda, gobernador constitucional del Estado ante la H. Trigesimacuarta Legislatura durante el período comprendido del 1 de diciembre de 1928 al 30 de noviembre de 1932, en Blázquez Domínguez, tomo XI, 6157-6159.

de las contribuciones destinadas en los servicios de los módulos distribuidas en los puntos más significativos del Estado de Veracruz, se sirvió en destinarse para un dispensario antivenéreo en Camerino Z. Mendoza en la región fabril y un servicio antilarvario en Alvarado y Tlacotalpan.

Asimismo, en una clara acción antialcohólica se ejecutaron medidas para la supresión de cantinas y tabernas en cumplimiento del inciso VIII del artículo 9 del código sanitario de 1929, al quedar anulado los establecimientos de tipo etílico y la venta de bebidas embriagantes. A pesar de que, las autoridades entendían que la reglamentación no evitaría absolutamente curar el alcoholismo de la población, fue algo esencial mantener el orden moral en restringir prudentemente la embriaguez. De acuerdo al testimonio oficial, era tal la cantidad de tabernas, cantinas y pulquerías que se habían multiplicado tanto en ciudades como en el campo, que solamente en el Puerto Jarocho estaban funcionando más de 300 expendios de brebaje etílico de “la peor clase, entre empadronados y clandestinos”.¹⁹⁹

Equivalentemente, se reiteró la higiene materna e infantil en reconocimientos periódicamente a mujeres en estado de gestión en la prestación de servicios clínicos. En suma, se continuaron practicando reconocimientos de médicos escolares a niños ofreciendo atención médica y terapéutica de forma gratuita. Y se informó que el rubro de ingeniería sanitaria practicaba la inspección de casas habitación, establecimientos y edificios públicos, examinando las construcciones y remodelaciones de casas y dando ordenamientos necesarios para diversas mejoras sanitarias. Por otro lado, agentes sanitarios seguían efectuando el examen diario y constante de la leche, licores, aguas, comestibles, tierras y el análisis de orina de habitantes en diversos puntos del estado.²⁰⁰

Pese a las medidas implementadas por las Unidades Sanitarias, en 1932 la Unidad Cooperativa de Tuxpan reconoció la persistencia del paludismo al reconocerse a 686 infantes con el mal palúdico, seguido por la uncinariasis,

¹⁹⁹ Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda, gobernador constitucional del Estado ante la H. Trigesimacuarta Legislatura, en Blázquez Domínguez, tomo XI, 6164.

²⁰⁰ Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda gobernador del Estado ante la XXXIII Legislatura, 1932, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6302.

enfermedades gastrointestinales y la tuberculosis. Lo cual ameritó la continuidad de tareas para la construcción de desagüe, la petrolización de calles y el tratamiento de enfermos existentes en la ciudad y puerto del norte de Veracruz.²⁰¹ Dos años después el gobernador Gonzalo Vázquez Vela exteriorizó la atención del ramo de salubridad para el bienestar y mejoramiento económico de los habitantes de la entidad federativa al decir que:

“[...] la propagación de esta clase de padecimientos, no solamente causa perjuicios a quienes enferman de ellos, sino que en ocasiones llega a paralizar las actividades colectivas, y resta a las mismas tal número de brazos, que provoca grave quebranto a la economía general y, consecuentemente, en el desenvolvimiento y progreso de las fuentes de trabajo en el Estado”.²⁰²

El incremento presupuestal federal en las atenciones de salubridad e higiene durante aquellos, también sucedió en los servicios sanitarios y de beneficencia pública en la entidad de Veracruz. En 1933, se asignó un importe de 551 mil 276 pesos para las prestaciones de la Dirección General de Salubridad y la vigilancia de las debidas responsabilidades de las Unidades Cooperativas del Estado.²⁰³ En cuanto, al departamento de beneficencia ascendieron a 855 mil 880 pesos entre las diversas juntas de beneficencia, así como lo destinado a edificios, muebles y utensilios; a su vez, una cantidad de la partida por la inauguración del Hospital Civil de Xalapa.²⁰⁴ Igualmente, la estabilidad de convenios presupuestales combinó en las tareas de controlar las enfermedades de carácter contagioso y de enfermedades de transmisión sexual, éstos últimos padecimientos tratados por dispensarios

²⁰¹ Informe que rinde el ciudadano Adalberto Tejeda gobernador del Estado ante la XXXIII Legislatura, 1932, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6303.

²⁰² Informe que rinde ante la XXXIV H. Legislatura del Estado el C. Lic. Gonzalo Vázquez Vela encargado del poder ejecutivo, 1933, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6373.

²⁰³ El sostenimiento presupuestal fue el siguiente: Departamento de Salubridad Pública Federal \$400,934.88 pesos; Gobierno del Estado de Veracruz \$80,502 pesos; H. Institución Rockefeller \$15,000 pesos; La corporación municipal de Minatitlán \$3,600 pesos; Puerto México \$3,600 pesos; Veracruz \$36,000 pesos; Tierra Blanca \$1,800 pesos; Orizaba \$5,940 pesos; Río Blanco 540 pesos; Ciudad Mendoza \$360 pesos; Tuxpan \$3,000 pesos. Informe que rinde ante la XXXIV H. Legislatura del Estado el C. Lic. Gonzalo Vázquez Vela, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6375.

²⁰⁴ Los capitales destinados a las juntas de beneficencia son los siguientes: Junta de Beneficencia en Córdoba \$3,600 pesos; Junta de Beneficencia en Xalapa \$199,644.81 pesos; Junta de Beneficencia en Naolinco 60,000 pesos; Junta de Beneficencia en Orizaba de \$168,528.20 pesos; Junta de Beneficencia en Veracruz de \$424, 107. 52 pesos, dando un total de 855,880.53 pesos. A su vez, debe consignarse el destinado a Edificios de \$299,153.51 pesos; Muebles y útiles de \$85,786.33 pesos que dan una suma final de \$1,249,820.37 pesos. Informe que rinde ante la XXXIV H. Legislatura del Estado el C. Lic. Gonzalo Vázquez Vela, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6380.

antivenéreos en Xalapa, Veracruz, Orizaba y Ciudad Mendoza con base en procedimientos terapéuticos y pacientes consignados por las Unidades Sanitarias y autoridades médicas.²⁰⁵

La mayor distribución de fondos en el fortalecimiento de las diligencias sanitarias de los módulos clínicos contribuyó sistemáticamente en la posterior configuración de un sistema de salud pública a nivel federal y estatal. Inclusive, favoreció paulatinamente un progreso material en la adquisición de herramientas clínicas y tratamientos médicos más actualizados. En 1934, se notificó la obtención de un aparato de rayos X, neumotórax, sillón de rinolaringología, instrumental quirúrgico, laringoscopios, espejos nasales, estetoscopios y demás equipos por la Unidad Sanitaria de Nogales. Del mismo modo, los servicios de higiene infantil en las Unidades Sanitarias de Veracruz, Orizaba, Córdoba y Xalapa se anexó una clínica dental atendida por cirujanos dentistas de tiempo completo.²⁰⁶

Al mismo tiempo, el antecedente de la conformación de la salud pública veracruzana se auspició por insumos, remodelaciones y mejoras materiales de los recintos hospitalarios. En 1935, se logró un acuerdo con la Lotería Nacional consiguiendo una distribución de utilidades en la construcción de ventanas para el Hospital “Águiles Serdán” y una dotación de 200 colchonetas; una mesa de operaciones e insumos quirúrgicos al Hospital “Francisco I. Madero”, ambos

²⁰⁵ Se debe aclarar que la Dirección de Salubridad y Delegación Sanitaria Federal tenían bajo su cuidado las poblaciones restantes que no contaban con Unidades Sanitarias Cooperativas, donde vigilaban directamente que se cumplieran con todas las disposiciones que tendían a mantener a esta capital en condiciones de salubridad, teniendo servicios establecidos en lugares para evitar la presencia larvaria, en Huayacocotla, Villa Cardel, Alvarado, Tlacotalpan y Jesús Carranza, donde se practicaba labores sanitarias de carácter general. Las cantidades para el sostenimiento de los servicios sanitarios del Estado fueron: Departamento de Salubridad Pública con 344,066.34 pesos; Gobierno del Estado 79,052.00 pesos; la corporación municipal de Minatitlán 3,600 pesos; la corporación municipal de Puerto México 3,600 pesos; Veracruz 36,000 pesos; Tierra Blanca 1,800 pesos; Orizaba 5,940 pesos; Tuxpan 2,400 pesos; Córdoba 1,800 pesos. El importe final para los servicios sanitarios del Estado fue de 478,258.30 pesos; Informe que rinde ante la XXV H. Legislatura del Estado rinde el C. Lic. Gonzalo Vázquez Vela encargado del poder ejecutivo, 16 de septiembre 1934, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6443-6446.

²⁰⁶ Guillermo Rebolledo memoria que presente ante la H. Legislatura del Estado de Veracruz-Llave, el C. Gobernador Constitucional interino y que comprende la gestión administrativa realizada en el bienio comprendido del 17 de septiembre de 1934 al 16 de septiembre del presente año, 1936, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6570-6572.

nosocomios del puerto de Veracruz.²⁰⁷ Más adelante, se pudo acondicionar una sala de maternidad en el Hospital de “Yanga” de Córdoba, adaptando los cuartos e inaugurando una sala de operaciones sépticas y asépticas. Simultáneamente, las Juntas Municipales de Beneficencia de Orizaba concretaron reparaciones en techados de los pabellones y remodelaciones del Hospital “Ignacio de la Llave”, agregándose la edificación de cinco cuartos para pacientes, un jardín del patio principal, un dormitorio amplio, baños, un estanque y una terraza.²⁰⁸

La llegada a la gubernatura de Miguel Alemán coincidió con el plan sexenal presidencial de Lázaro Cárdenas, y con eso, un plan fijo en el presupuesto de egresos de la federación del 4.60% por las entidades al ramo de Salubridad Pública. No obstante, Veracruz consignó un 5% de la partida, prosiguiendo con el combate de enfermedades endémicas y contagiosas, y, por otro lado, subvencionar el personal de las Unidades Sanitarias del Estado integradas en 447 diversos módulos con 54 médicos, 4 ingenieros, 6 dentistas, 75 enfermeras, 95 oficiales sanitarios, 54 empleados administrativos, 88 zanjeros y 58 empleados de cocina y limpieza.²⁰⁹ Encima, en 1937 se hizo presente la contribución de sociedades ejidales cooperativas con 10 mil 824 pesos de los municipios de Minatitlán, Coatzacoalcos, Tierras Blanca, Tempoal y Omealca en la adaptación de unidades médicas ejidales impulsadas por el cardenismo. Así como, un subsidio de la todavía compañía de petróleo “El Águila” de 95 mil 445 pesos en el resguardo de sus empleados.²¹⁰ En esa lógica, se entrevió la participación de la seguridad social de trabajadores petroleros y una base social organizada de asociaciones ejidales para la prestación de servicios médicos en poblaciones rurales.

Asimismo, cumpliendo con el ambiente de especialización y profesionalización médica las autoridades estatales presumieron que médicos,

²⁰⁷ Guillermo Rebolledo memoria que presente ante la H. Legislatura del Estado de Veracruz-Llave, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6585.

²⁰⁸ Guillermo Rebolledo memoria que presente ante la H. Legislatura del Estado de Veracruz-Llave, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6585.

²⁰⁹ Informe 1935. Colaboración del Gobierno del Estado en la obra de la reconstrucción nacional Lic. Guillermo Rebolledo, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6609.

²¹⁰ Informe del Lic. Miguel Alemán a la XXXVI Legislatura del Estado de Veracruz, 16 de septiembre de 1937, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6653-6654.

enfermeras y agentes sanitarios, que laboraban en las distintas actividades de salubridad y hospitalarias del estado habían tomado cursos de perfeccionamiento en escuelas de salubridad de la Ciudad de México. Se tenía cuidado que los puestos de enfermeras estuviesen cubiertos por mujeres tituladas, ya que se consideró pernicioso para las “masas trabajadoras” la designación de individuos ausentes de conocimiento profesional y en el desempeño de estas responsabilidades, entendiendo, que solamente en la entidad únicamente existían tres escuelas de enfermeras y parteras, dos establecidas en la ciudad de Xalapa y Orizaba, y la tercera sostenida por los Servicios Sanitarios Coordinados del puerto de Veracruz.²¹¹ De ese modo, en 1938 se exaltó oficialmente las 318 mil 678 consultas y tratamientos realizados por los funcionarios médicos y sanitarios, o sea, una atención estimada a una cuarta parte de la población veracruzana.²¹²

En 1939, la llegada de Fernando Casas Alemán como gobernador constitucional interino tras la salida de Miguel Alemán Valdés al ser elegido coordinador de campaña presidencial de Ávila Camacho mostró un nuevo incremento de la partida a los servicios del estado con un total de 980 mil 327 pesos. En ese entonces, Veracruz ya contaba con diversos centros de higiene y unidades sanitarias distribuidas en la entidad: 3 dispensarios antituberculosos, 23 Unidades Sanitarias Cooperativas y 6 servicios auxiliares anexos.²¹³ Paralelamente, la Dirección de Beneficencia de Veracruz sustentaba 11 hospitales, un manicomio, un comedor público, 2 asilos y un lazareto, con una capacidad de atención a 32 mil 372 personas regularmente.²¹⁴

²¹¹ Informe del Lic. Miguel Alemán a la XXXVI Legislatura del Estado de Veracruz, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6654.

²¹² Informe del Lic. Miguel Alemán a la XXXVI Legislatura del Estado de Veracruz, en Blázquez Domínguez, tomo XII, 6749.

²¹³ Destinado de la siguiente manera: 309 mil pesos para las Unidades Sanitarias Coordinadas, 570 mil pesos para el Departamento de Salubridad; 9 mil 600 pesos para las Sociedades Ejidales Cooperativas y 91 mil 725 pesos en la seguridad social de trabajadores de PEMEX. Informe rendido por el C. Lic. Fernando Casas Alemán, gobernado constitucional interino del Estado, ante la H. XXXVII Legislatura del mismo, el 16 de septiembre de 1939, en Blázquez Domínguez, tomo XIII, 6840-6841.

²¹⁴ A este respecto, se creó fuentes de arbitrios destinados a la ampliación del programa de asistencia social, originándose la Ley del Impuesto para la Beneficencia Pública, que gravaba las diversiones y espectáculos públicos en una mínima cuota, lo que facilitó el establecimiento de cuatro nuevas Juntas Municipales de Beneficencia en Pánuco, Misantla, Papantla y Coatzacoalcos. En conjunto,

En resumen, a inicios de la cuarta década la entidad contaba con 500 oficinas sanitarias y de higiene, entre ellas estaban: la Jefatura del Ramo, en Xalapa, de la que dependían inmediatamente tres unidades móviles; Unidad Sanitaria de Xalapa, con dispensarios antituberculosos y antivenéreos con los Centros de Higiene de Misantla, Tlapacoyan, Papantla, Huayacocotla y Chicontepec; Unidad Sanitaria de Veracruz con dispensarios antituberculosos y antivenéreos en el mismo puerto con los Centros de Higiene en Soledad de Doblado, Tierra Blanca, Villa Azueta, Los Tuxtlas y Villa Cardel y Oficina Sanitaria Auxiliar en Alvarado; Unidad Sanitaria en Orizaba con los Centros de Higiene en Río Blanco, Ciudad Mendoza, Zongolica y el dispensario antituberculoso en Nogales; Unidad Sanitaria en Córdoba, con los Centros de Higiene en Potrero, Huatusco y Omealca; Centro de higiene en Pánuco, con los de Villa Cuauhtémoc, Tantoyuca y Tempoal; Centro de Higiene en Tuxpan, con las Oficinas Sanitarias Auxiliares de Poza Rica y Cerro Azul; Centro de Higiene en Tlacotalpan con el de Cosamaloapan; Unidad Sanitaria de Minatitlán, con los Centros de Higiene de Coatzacoalcos y Acayucan; y la Unidad Sanitaria Agua Dulce, con los Centros de Higiene de Nanchital y Las Choapas.²¹⁵

En 1941, el gobierno de Veracruz sin descuidar ninguna de las labores encomendadas de atención sanitaria a partir del funcionamiento de diversos módulos con servicios clínicos, amplió la resolución de problemas como el paludismo, la viruela y las enfermedades de origen parasitario. Así, constituido los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz se dispuso de treinta y cuatro oficinas, de las cuales doce tenían categoría de Unidad de Salubridad y Asistencia y las veintidós restantes como Centros de Salubridad y Asistencia. Hay que añadir a estas oficinas principales dos auxiliares, la de Teocelo y la de Naolinco y, los Servicios Médicos Cooperativos de Higiene Rural de

se crearon Unidades Rurales de Beneficencia, con el objeto de atender primordialmente las enfermedades de cada región que seguían arrojando un alto coeficiente de mortalidad entre las clases trabajadoras del campo. Informe rendido por el C. Lic. Fernando Casas Alemán, en Blázquez Domínguez, tomo XIII, 6842.

²¹⁵ Informe rendido por el C. Lic. Jorge Cerdán ante la H. XXXVIII Legislatura del Estado de Veracruz, en Blázquez Domínguez, tomo XIII, 6961.

Hueyapan de Ocampo y tres brigadas sanitarias rurales (norte, centro y sur).²¹⁶ (Véase, Apéndice 7-Cuadro 7).

De igual modo, para estas alturas el servicio médico para la sociedad veracruzana se distribuía en hospitales locales en Coatepec, Coatzacoalcos, Córdoba, Xalapa, Naolinco, Orizaba, Pánuco, Papantla, San Andrés Tuxtla, Tierra Blanca, Tuxpan, Veracruz, Xico, Huatusco, Alvarado, Perote, Misantla, Tlacotalpan y Minatitlán. Entretanto, la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943 determinó un plan nacional de construcción de diversos hospitales generales en la República, lo cual posibilitó brindar atención más eficaz y especializada en los tratamientos de diversas enfermedades.

Cuadro 11
Hospitales Generales en el Estado de Veracruz en 1946.

Establecimiento	Carácter	Capacidad
Hospital General de Coatzacoalcos.	Regional	Definitiva para 127 camas.
Hospital General de Cosamaloapan.	Regional	Inicial de 36 camas, pero con posibilidad de ampliar hasta 60.
Hospital General de Xalapa.	Regional	Inicial de 120 camas, pero con posibilidad de ampliar hasta 250.
Hospital General de Veracruz.	Regional	Definitiva para 530 camas.
Hospital General de Martínez de la Torre.	Rural	Inicial de 30 camas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en Moisés T. de la Peña, *Veracruz Económico* tomo I (Veracruz, Gobierno del Estado de Veracruz, 1946), 289.

Llegados a esta instancia, el nacimiento del proyecto de justicia social revolucionaria determinó el compromiso político de hacer cumplir con las demandas y necesidades populares del país. La promulgación del código constitucional de 1917 significó el punto de partida de la legislación sanitaria y la puesta en marcha de campañas salubres e higiénicas ante la adversidad de enfermedades contagiosas y el control de los servicios públicos de salud y de beneficencia. De forma que, los anhelos de una medicina institucionalizada otorgaron un papel fundamental a los aparatos de gobierno estatales en la centralización y acatamiento del poder ejecutivo en materia

²¹⁶ Moisés T. de la Peña, *Veracruz Económico* tomo I (Veracruz, Gobierno del Estado de Veracruz, 1946), 270.

de salud pública. En ese sentido, el estado de Veracruz nos aproxima a la formación de acciones de medicina preventiva y social, en conjunto con los presupuestos y mejoras materiales en la incentivación de un mecanismo coordinado y subordinado a las autoridades federales de los gobiernos posrevolucionarios.

La entidad veracruzana se adaptó a los programas de salubridad y el inicio de los servicios de salud institucional, así como la atención médica al sector rural y desamparado. Estas condiciones permitieron una cobertura más amplia en la prestación de cuidados sanitarios e higiénicos, sin duda alguna, asimilados como fundamentos en el progreso del país a partir de un servicio de la medicina especializada, académica y burocratizada. Sin embargo, preservando algunos tintes de parámetros porfiristas de la salud asociadas a una determinante moral y eugenésica, ejerciendo un discurso de regeneración nacional a partir del reconocimiento, atención y persecución de individuos y prácticas nocivas.

2.3.- POLITICAS Y ACCIONES EN TORNO A LA SALUD E HIGIENE DE LA CIUDAD DE ORIZABA.

La ciudad de Orizaba se convirtió en un paraje importante de la diligencia sanitaria en el México posrevolucionario bajo el cometido de sortear enfermedades infecciosas, la limpieza urbana y la higiene de los habitantes de *Pluviosilla* y sus alrededores. Por lo que, se buscó aplicar medidas, normas e inspecciones bajo estándares de sanidad y pulcritud a partir de diligencias profilácticas, la medicina preventiva y asistencial, la educación higiénica y vigilancia de autoridades. De ahí que, fueran los móviles medulares de la instrumentación sanitaria, enfocada en la protección de las clases trabajadores y grupos desamparados de la urbe y la región orizabeña.

En 1927, la fundación de la Delegación Sanitaria de Orizaba conformada por un jefe médico, un médico auxiliar de bacteriología, ocho inspectores federales sanitarios, un secretario, dos enfermeras y un mozo fue el primer indicio institucional de la atención médica durante las décadas posrevolucionarias. No obstante, en 1931 esta delegación desapareció tras la formación de la Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba, sumándose al nuevo personal un químico bacteriólogo, un

médico encargado del dispensario antivenéreo, un secretario, tres inspectores federales, dos enfermeras federales, una enfermera estatal, tres agentes sanitarios estatales, un mozo federal y otro estatal.²¹⁷ En ese marco, dicho organismo simbolizó la unión de servicios de salubridad para la población municipal y contigua prestando consultas gratuitas, servicio antivenéreo y antirrábico, tratamiento desparasitante, control de padecimientos epidémicos, vacunación, exámenes médicos escolares y emisión de tarjetas de salud.

La uniformidad de los servicios de salud coordinados de Orizaba replanteó el auxilio, celo y delación de la higiene de la región, así como, una unión regional debido a los módulos en Camerino Z. Mendoza, Río Blanco y Zongolica, con un personal capacitado y especializado. La coordinación sanitaria de las altas montañas veracruzanas abarcó poblados como Atzacán, Aquila, Coetzala, Ciriaco Vázquez, El Naranjal, Ixhuatlancillo, Ixtaczoquitlán, La Perla, Mariano Escobedo, Rafael Delgado, Soledad Atzompa y Tlilapan.²¹⁸ Del mismo modo, atención médica en sitios como Sumidero, Buena Vista, Fortín, San Andrés Tenejapa, Magdalena, Atlahuilco, Roa Bárcena y los Reyes. En resumen, fue un departamento extenso geográficamente en tareas sanitarias e higiénicas.

El proceder sanitario se sustentó en gran parte a la inspección de agentes sanitarios, quienes entre la vida cotidiana y social de la urbe demandaron el cumplimiento de la sanidad. Por tanto, el descubrimiento de alguna irregularidad o falta al código sanitario ameritó una notificación al médico en jefe de la unidad cooperativa, quien daba noticia a la presidencia municipal esperando acciones y multas respectivas. Precisamente, a inicios de la tercera década al mando de la Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba se encontraba el Dr. Ramón Ojeda Falcón,

²¹⁷ Esta Unidad llevaría a cabo sus labores en Oriente 2 número 10, módulo que a partir de 1935 se le denominó también Centro de Higiene número 2. Carlos Calero, *Orizaba* (Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970), 219-220.

²¹⁸ En el primer centro de higiene de Camerino Z. Mendoza estaba integrado por un médico jefe, una enfermera visitadora, un agente sanitario y un mozo, abarcaba los municipios propiamente de la actual Ciudad Mendoza, Maltrata, Aquila y Acultzingo. Mientras tanto, el centro de higiene de Río Blanco con el mismo personal atendía a los municipios de Río Blanco, Huiloapan y Nogales, en esta última con el dispensario antituberculoso. Por su parte, la oficina de Zongolica, cuyo personal estaba integrado por un agente sanitario y un mozo, controlaba las poblaciones de las estribaciones de la sierra de Zongolica. Carlos Calero, *Orizaba* 227-228

cuyas acciones eran sostenidas por la mutualidad del DSP, el gobierno del estado, la Fundación Rockefeller y los ayuntamientos de Orizaba, Camerino Z. Mendoza, Nogales y Río Blanco.²¹⁹ En 1931, el médico Ojeda señalaba que, en caso de confirmación de patologías infecciosas se tenían que dictar medidas oportunas para la erradicación del padecimiento, coadyuvado, por la visita de una enfermera visitadora o alguno de los agentes sanitarios, así pues, aplicando sí lo ameritaba vacuna preventiva o desinfección necesaria del lugar. Ahora bien, sí era un enfermo de males venéreos se daba paso a recoger cuatro datos vitales:

“1) de quien recibió el contagio, a fin de cegar esa otra fuente de infección, 2) si tiene cónyuge para en caso afirmativo sugerir al enfermo la necesidad de que sufra igual tratamiento su consorte, 3) cuál es su ocupación, para en caso de lesiones húmedas impedir que pueda causar daño al público y 4) su domicilio preciso, para sí se muestra remiso en su curación, instarle a que sea puntual.”²²⁰

En cuanto a la higiene prenatal, posnatal y sexual la unidad cooperativa orizabeña utilizó la colocación de propaganda y anuncios en los cines de la ciudad, advirtiendo sobre la prevención de enfermedades venéreas y los cuidados de los padres en el período de gestación. Asimismo, agentes sanitarios y enfermeras efectuaron pláticas en los patios de vecindad, a fin de que los residentes asistieran con mayor demanda a consultas médicas, conferencias pedagógicas y asistenciales del módulo sanitario.²²¹ Por ejemplo, en febrero de 1932 se envió una cordial invitación a la presidencia municipal y la población en general para concurrir al cine “Salón Rosa”, donde se proyectaría una cinta sobre los atenciones y prevenciones de las enfermedades de transmisión sexual.²²²

Entre otras cosas, en enero de 1934 el DSP por medio del servicio de educación higiénica avisó sobre la campaña de divulgación de prácticas de higiene popular. En consecuencia, un medio indispensable fue la radio, por lo que, se solicitó a la presidencia municipal de Orizaba informar a los radioescuchas regionales formular preguntas o compartir dudas; además, se proporcionara una lista de los habitantes que contaban con radiorreceptores bajo la premisa de habilitar

²¹⁹ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 6-7 f.

²²⁰ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 29 f.

²²¹ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 30 f.

²²² AMO, Salubridad, Caja 781, Número 15, Expediente Informe, 1932, s/f.

un auditorio radiofónico municipal.²²³ En esa lógica, hablamos de ejercicios sustentados en la instrucción sanitaria como eje conversores de la salud poblacional, a través del uso de medios de comunicación con un impacto moral y social en la transmisión de información masiva para la sociedad.

La divulgación sanitaria incluyó por parte del personal de la unidad cooperativa de cursos nocturnos en algunas escuelas primarias y centros educativos, que tuvieran atención de niños y jóvenes para la instrucción de preceptos higiénicos, campañas antivenéreas y antialcohólicas impartidas en diversos planteles de la región como la Universidad Libre Veracruzana, la Escuela Técnica Industrial Comercial y el Centro Educativo Obrero.²²⁴ En conjunto, se exhibió el combate antialcohólico por parte de las autoridades sanitarias junto al ejecutivo del estado al remitir un dictamen titulado “Adicciones al reglamento de cantinas y establecimientos similares”, determinando la legalidad de la acción popular para denunciar establecimientos clandestinos de bebidas alcohólicas.²²⁵

Por otra parte, se suscribieron cuestiones de higiene escolar por personal técnico a través de visitas y exposiciones a los pupilos y docentes, procurando lograr el apoyo de padres de familia para renovar los edificios, substituir el mobiliario, dotar de mejor luz y ventilación y perfeccionar el servicio de agua y drenaje de los recintos educativos. Se manifestó que los visitantes sanitarios realizaban inspecciones cerciorándose del desarrollo integral y la profilaxis de las enfermedades contagiosas y el recibimiento de alumnos a la unidad, a quienes una enfermera tomaba su peso, estatura y perímetro torácico. Este registro sanitario tenía como objeto la percepción

²²³ AMO, Salubridad, Caja 783, Número 31, Expediente Junta de Sanidad, 1934 s/f.

²²⁴ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 41 f.

²²⁵ “Con respecto al artículo 40: “Se concede acción popular para denunciar la existencia de expendios clandestinos de bebidas alcohólicas, ante las autoridades sanitarias y fiscales del Estado. Las personas que intervengan para efectuar una denuncia, llenarán los siguientes requisitos: a)-El denunciante levantará un acta por cuadruplicado, en la que se hagan constar con toda claridad y justificación, los hechos que constituyan la infracción al Reglamento de Cantinas y Establecimientos Similares. b) El denunciante y dos testigos de asistencia, deberán firmar el acta a que se refiere el inciso anterior, presentando un tanto a las autoridades supradicha y enviando otro a la Dirección General de Salubridad del Estado, para los efectos que procedan. Artículo 41.-Cuando la infracción resulte debidamente justificada, el o los denunciantes, tendrán derecho al 33% del importe de la multa, que conforme al Reglamento fuere aplicada al infractor e ingresada en la oficina recaudadora respectiva”: AMO, Salubridad, Caja 779, Número 5, Expediente Informe, 1931 s/f.

general de la salud infantil, sobre todo, en agudez visual, agudez auditiva y toma de heces, comprobando la presencia de parásitos, defectos físicos (desviación de la columna vertebral, cojera, miopía, sordera, etc.) o ciertos padecimientos (caríes dentaría, helmintiasis, hipertrofia de las amígdalas, vejaciones adenoides, hipertrofia o cardiopatías).²²⁶

Equivalentemente, los empleados de la unidad sanitaria de Orizaba tenían la responsabilidad de vigilar la limpieza de las calles y diversos establecimientos comerciales, procurando un estado de pulcritud y nula conversión de basureros clandestinos. Además, solicitar obligatoriamente el uso de vitrinas o telas de alambre a expendedores de dulces, pan, carnes, frutas, quesos y demás artículos comestibles, a fin de estar aislados de polvos, manos sucias, insectos o animales.²²⁷ En este último aspecto, la presencia de perros se asumió como una amenaza potencial a la salud, siendo objeto de múltiples campañas de sacrificios y uso obligatorio del bozal de las mascotas, previniendo casos de rabia.²²⁸ De forma

²²⁶ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 42 f.

²²⁷ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Informe, 1931, 46 f.

²²⁸ En un comunicado de marzo de 1931 por parte del director general de Salubridad al presidente municipal, recomendaba poner en vigor en el municipio las disposiciones de carácter obligatorio, para restringir en lo posible la propagación de la rabia y su transmisión a la especie humana: "1º. Los perros deberán permanecer secuestrados en el domicilio de sus respectivos propietarios. 2º. Solo se permitirá que transiten por las plazas y vías públicas, cuando vaya provistos de su correspondiente bozal. 3º. Los perros sin bozal sorprendido en las plazas o vías públicas serán sacrificados. 4º Se recomienda a los propietarios de perros que mantengan a éstos con bozal aún dentro de sus propios domicilios", AMO, Salubridad, Caja 780, Número 11, Expediente Junta de Sanidad, 1931, s/f. En otro comunicado del 30 de junio 1936 por parte de los servicios coordinados del Estado se expresaba lo siguiente: tras el aumento de numerosos perros rabiosos y personas mordidas, que se gestionen ante las autoridades locales donde se encuentran las Unidades Sanitarias las disposiciones siguientes: 1º que solo se permita el tránsito por la vía pública, a los perros que vayan provistos de bozal; los que anden sin él, deben recogerse por las autoridades locales, y permanecerán en depósito hasta por 48 horas; sí dentro de ese plazo son reclamados por sus propietario, serán devueltos previo el pago de la multa correspondiente; si no se presente ninguna reclamación dentro del término indicado, se procederá al sacrificio de los mismos: 2º los perros mordidos por otros que estén atacados de rabia, deben ser sacrificados.-Si sus dueños desean conservarlos, se les concederá siempre que sean vacunados, preventivamente en los primeros días de la mordedura y deberán mantenerse en observación por el tiempo que se juzgue necesario, a juicio del Jefe de la Oficina respectiva.-3º Los perros atacados de rabia deberán ser sacrificados e incinerados sus cadáveres o enterrados a más de un metro de profundidad. 4º La recolección de perros vagabundo y su sacrificio, el procede, así como la vigilancia de estas disposiciones corresponde a las autoridades policíacas del lugar, coadyuvando con ellas la Oficina Sanitaria. 5º Sin perjuicio de hacer estrictas las disposiciones anteriores, se sugiere la conveniencia de vacunar a todos los perros, que sean presentados por los propietarios, por el método de Umeno. 6º La campaña a que se refiere la presente circular, debe hacerse en forma sistemática y sostenida, procurando desarrollar labor educativa entre el público, y consiguiendo siempre la ayuda y

parecida, se realizaron recorridos para prohibir la presencia de pocilgas, mesones y caballerizas en zonas prohibidas de la ciudad, y el exterminio de depósitos de agua previniendo criaderos de larvas de mosquito.²²⁹

El objeto de la preservación de un estado físico e higiene entre la población fue pieza vital en las diligencias sanitarias en Orizaba, incluso imprescindible en algunas actividades comerciales u ocupaciones. Por mencionar, vendedores o empleados de los mercados Melchor Ocampo y Venustiano Carranza, del rastro municipal, cocinas, restaurantes y hoteles debían contar con tarjetas de salud que comprobaran su estado físico y sin ninguna enfermedad contagiosa, entre otras atenciones, estuvo tener la carne almacenada en neveras, comestibles en perfecto estado y la basura depositada lejos del comercio. Periódicamente se realizaban análisis químicos de la leche para determinar la densidad, mantequilla, acidez y conservadores del lácteo; exámenes microscópicos y macroscópicos de carne sospechosa de colibacilosis o rancia; estudios médicos a conductores de vehículos, empleados de barberías, comestibles y bebidas.²³⁰ En resumen, una minuciosa vigilancia sanitaria y clínica en la pureza de artículos comestibles, el aseo del establecimiento y el vigor físico de los trabajadores.

La salud de las personas dedicadas algunos giros comerciales u actividades fue reflejo de un discurso higiénico y moral de mantener la apariencia aseada de los habitantes. Por ejemplo, en noviembre de 1931 se remitió a la presidencia municipal a Anselmo González, quien en “completo estado de desaseo” vendía leche en la ciudad, y a los pocos días, Juan M. Esteban por presentar una imagen desaliñada y sucia sin tener un certificado de buena salud no podía expender lácteos.²³¹ Asimismo, el inspector de molinos José Luis Salcedo dio a conocer su visita a seis

colaboración de las autoridades locales y agrupaciones sociales: AMO, Salubridad, Caja 785, Número 49, Expediente Correspondencia, 1936, s/f.

²²⁹ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 48 f.

²³⁰ Para la tarjetas de buena salud, el interesado presentaba a la Unidad un comprobante de haber pagado en la Tesorería del Municipio los derechos correspondientes (0.50 c más 20% Federal, a locatarios y artesanos y \$1.00 más 20% Federal a comerciantes) acompañado de tres fotografías tamaño “mignon” (una se archivaban, otra se adhería al libro especial y otra se devolvía con el certificado) y el comprobante de haber sido revacunado en un plano no mayor de dos años, para en caso negativo revacunarlos: AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 58 f.

²³¹ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 6, Expediente Informe, 1931, s/f.

molinos, puntualizando: “el que está en el Yute, a donde da asco ver el estado antihigiénico que guarda la molinera y en idénticas condiciones está el establecimiento ubicado frente al Hospital Civil.”²³² Idénticamente, Miguel Ángel Flores propietario de una peluquería tuvo que cerrar temporalmente su establecimiento al comprobar que un empleado suyo no contaba con tarjeta de salud y sufría de tuberculosis.²³³

El control y el tratamiento de padecimientos venéreos asumió inevitablemente la atención de las meretrices de la ciudad, evitando la propagación y enfermedades congénitas en la población de Orizaba. Efectivamente, la unidad sanitaria tuvo la obligación de brindar atención a los enfermos que solicitaban sus servicios, con la convicción de intensificar el combate antivenéreo. Entre estas actividades era llevar un registro de las prostitutas radicadas en la urbe y obligar a los burdeles a enviar inmediatamente a cualquier mujer enferma o nueva en el oficio. A todas estas mujeres que requerían de este tipo de servicio médico, se les exigían exámenes de secreciones vaginales o reacciones de Wasserman y Kahn para detectar casos de sífilis; eventualmente, en casos positivos se aplicaban tratamientos intensivos de curación y cuando las enfermas se oponían a ser tratadas, se les impedía ejercer consignándolos a las autoridades y retirándolas de los prostíbulos hasta su alivio.²³⁴

Las prácticas de vigilancia y supervisión clínica de males venéreos no excluyeron a los habitantes, especialmente, aquellos dependientes de establecimientos comerciales en la venta de alimentos y bebidas. Sin duda alguna, el argumento contagionista revalidó esta serie de actitudes, sin embargo, fueron parte de una actitud clasista, en el sentido de que las personas examinadas provenían de las clases trabajadores y sin ningún papel preponderante de las altas esferas de la sociedad. Pese a ello, los empleados consignados a la autoridad sanitaria a diferencia de las prostitutas se les “invitaba” a ser tratados gratuitamente

²³² AMO, Salubridad, Caja 780, Número 7, Expediente Informe, 1931, s/f.

²³³ AMO, Salubridad, Caja 780, Número 12, Expediente Junta de Sanidad, 1931, s/f.

²³⁴ Carlos Calero, *Orizaba*, 230.

en la misma unidad, pero se les podía dejar libre, en dado caso que solicitaran servicios médicos de otras instituciones y siempre comprobaran ser atendidos.

Al mismo tiempo, la higiene urbana se valió de la fuerza de prisioneros de la cárcel municipal para estas diligencias. En mayo de 1932 el regidor de salubridad se le rectificó su petición en la disposición de correccionales, para hacer la limpieza de unos caños de aguas sucias que se encontraban en la calle Norte 12 y terminaban en Oriente 5 y 7, una vez terminada la faena, se solicitó la colocación de anuncios que prohibieran arrojar basuras y otras inmundicias en los mencionados canales.²³⁵ Asimismo, en marzo de 1933 se comunicó sobre la limpieza de caños de aguas sucias de Oriente 9 y Norte 4, Norte 2 y Poniente 2 y del puente de San Juan de Dios por prisioneros, debido a la basura arrojada por parte de habitantes y evitando el depósito ilegal de inmundicias y desechos.²³⁶

Durante la posrevolución el aseo de la ciudad de Orizaba fue palpable en mantener una estampa higiénica y saludable del espacio urbano. En marzo de 1934 ante la cercanía de las vacaciones de primavera aunada a la llegada de numerosos turistas procedentes de diversos lugares de México se pidió eliminar cualquier tiradero de basura, que diera mal aspecto a la ciudad.²³⁷ En consecuencia, se dio un aviso general a los habitantes de Orizaba, de la siguiente forma:

“(…) el concepto de que la sociedad orizabeña en general se encuentra perfectamente convencida de que, una de las características exteriores que revela la cultura de los pueblos, es el cuidado que sus moradores tienen para mantener aseados los frentes de sus domicilios. La misma H. Corporación que inmerecidamente presido se permite invitar en forma atenta y cordial a todas las personas que ignoran está arraigada práctica del pueblo Orizabeño, para que diariamente entre las 6 y las 8 horas tengan a bien sacar el frente de sus domicilios; en consecuencia, la Presidencia de mi cargo espera no verse en el penoso caso de recordar personalmente a los jefes de casas, en las Oficinas de la Presidencia o en otra Oficina Pública, está obligación de higiene y de cultura”.²³⁸

La denominación de Orizaba como sitio de veraneo entrevió una percepción social y política estratégica de relaciones públicas y el desarrollo del sector turístico. De ahí que, tanto para las autoridades municipales como sanitarias era de gran valor

²³⁵ AMO, Salubridad, Caja 781, Número 14, Expediente Informe, 1932, s/f.

²³⁶ AMO, Salubridad, Caja 782, Número 23, Expediente Informe, 1933, s/f.

²³⁷ AMO, Salubridad, Caja 784, Número 33, Expediente Junta de Sanidad, 1934, s/f.

²³⁸ AMO, Salubridad, Caja 784, Número 33, Expediente Junta de Sanidad, 1934, s/f.

una buena imagen de la ciudad y la limpieza imprescindible para el desarrollo económico local y regional, exponiendo una intachable integridad higiénica de alojamiento. En 1938, en la cercana conmemoración de la batalla de Puebla “5 de mayo”, ante el comité pro-turismo y la Unidad Sanitaria se aseveró:

“[...] lograr que sea Orizaba y lugares circunvecinos la primera fuente turística de la República, tuvo bien acordar con el concejo municipal lo siguiente: primero: todos los propietarios o administradores de Fincas Urbanas, deberán proceder inmediatamente al blanqueo y pintura de las fachadas de sus propiedades, así como instalar o reponer los canales de las mismas. Segundo: se recuerda a todos los habitantes de la ciudad, la obligación que tienen de barrer o desenyerbar los frentes de sus domicilios, a fin de evitar el feo aspecto de abandono que presente la población para propios y extraños. Tercero: se concede un plazo de diez días contados de esta fecha, para que los interesados procedan a cumplir con estas disposiciones, en la inteligencia de que las personas que no den cumplimiento serán castigadas administrativamente de acuerdo con la Ley, por esta Autoridad Municipal”.²³⁹

El esfuerzo de la pulcritud de la sociedad orizabeña se expresó inclusive a través de la celebración cívica anual de la “semana nacional de la higiene”. En un ocursó del 29 de septiembre de 1937 se detalló la organización del evento a efectuarse del 17 al 23 de octubre con la cooperación de las Secretarías de Estado, del Departamento de Salubridad Pública, de los gobiernos de los estados, las autoridades municipales y las organizaciones culturales obreras, campesinas, entre otras. Durante esta semana se desarrollaron diversas actividades en concordancia al programa general de los servicios sanitarios, de la siguiente manera:

“El domingo 17 será el “Día del Deporte y Contra el Alcoholismo”, el lunes 18, de la vacuna contra la viruela y enfermedades transmisibles; el martes 19 día contra el paludismo, las enfermedades venéreas y la tuberculosis; el miércoles 20, de la Higiene del Niño; el jueves 21, de la higiene de la alimentación; el viernes 22, del aseo; y el sábado 23, el día del agua y contra los padecimientos de origen hídrico”.²⁴⁰

Adicionalmente, en el evento de la “semana nacional de la higiene” se resaltó la participación de los diferentes organismos implicados, así como de los maestros y, en general de todos los vecinos que se interesaban por el progreso de la colectividad, invitando a todos los sectores sociales que participaran en las actividades en beneficio de la salubridad e higiene pública de la ciudad.²⁴¹ En otro comunicado, se recordó la colaboración solicitada al Concejo Municipal y entre otras

²³⁹ AMO, Salubridad, Caja 788, Número 74, Expediente Correspondencia, 1938, s/f.

²⁴⁰ AMO, Salubridad, Caja 787, Número 62, Expediente Correspondencia, 1937, s/f.

²⁴¹ AMO, Salubridad, Caja 787, Número 62, Expediente Correspondencia, 1937, s/f.

cosas, se agregaron las actividades como la presentación de una banda de guerra de la policía municipal para el desfile antialcohólico, la colaboración del cuerpo policiaco en el día del aseo y la limpieza durante toda la semana de mercados, cuarteles, cárceles, jardines, avenidas y puentes de la ciudad de Orizaba.²⁴²

En la política de salud pública de la época de estudio no solamente se centralizaban medidas y reglamentos, sino además en la atención hospitalaria o en apoyo de organismos de beneficencia. Ahora bien, hablar del rubro de beneficencia en un sentido hondo no es el objeto, pero si dar por sentado la relevancia de estas instituciones tanto públicas como privadas, las cuales son acompañadas de servicios o tratamientos clínicos. El médico en jefe Ramón Ojeda mencionaba la presencia significativa de fundaciones, por ejemplo, la Asociación de Protección a la Infancia que prestaba servicios a las madres pobres y bajo la dirección de la señora Francisca M. de Garcés, quien solicitaba regularmente a la unidad la realización de pláticas sobre el cuidado pertinentes de los recién nacidos.²⁴³

Una de las instituciones más importantes de beneficencia a nivel local y regional en Orizaba fue el Hospital “Ignacio de la Llave”, que contaba con siete salas con un médico director, dos médicos auxiliares, un administrador, un comisario, una rectora, siete enfermeros, cinco afanadoras, una cocinera, una galopina, dos palmeadoras, tres lavanderas, una colchonera, una encargada de conducir cadáveres, dos mozos y un boticario. De forma similar, se expresó el gran provecho del Manicomio del Estado, situado en la plaza de la Concordia; con dos departamentos, uno para hombres y otro para mujeres, con un personal formado

²⁴² En un comunicado parecido de la “semana nacional de la higiene” celebrada en 1936, la oficina sanitaria solicitaba al ciudadano inspector de policía indicar a los agentes que remitieran a limosneros y demás personas en estado de desaseo para procederlos a bañarlos y córtales el pelo. AMO, Salubridad, Caja 786, Número 53, Correspondencia, 1936, s/f; AMO, Salubridad, Caja 787, Número 62, Expediente Correspondencia, 1937, s/f.

²⁴³ El Dr. Ramón Ojeda informaba también sobre lo significativo de la beneficencia privada, estando presentes en la ciudad: El Hospital Infantil “Isabel la Católica”, en Poniente 9 número 214, con 3 institutrices católicas que atendían a 19 niños; El Asilos para ancianos desamparados, en Sur 7 número 36 con 15 hombres y 45 mujeres asilados, con una renta del local que cedía su propietaria la señora Elena Amor de Braniff; El “Asilo Llega”, para ciegos, con cinco asilados, quienes aprendían a leer y escribir por el sistema braille con el profesor Vicente López, también ciego; y El Asilo “Fray Bernardino”, para niños huérfanos, en Poniente 7 número 38, con 11 niñas y 1 niño asilado: AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 60 f.

por: un médico director, un administrador, un practicante, una rectora, un enfermero mayor, una enfermera mayor, tres vigilantes hombres, dos vigilantes mujeres, un velador, una cocinera, una galopina, dos palmeadoras y dos lavanderas.²⁴⁴

En otro tipo de recintos, estaba el Centro de Asistencia Infantil que contaba con dos excusados y dos regaderas, su cometido fue dar consulta y alimento a niños, brindar atención de partos y exámenes de embarazadas. Igualmente, se situó en la ciudad una Delegación de la Cruz Roja para servicios clínicos en una sala de operaciones y cuartos de curaciones de emergencia para alojar hasta catorce enfermos, con un personal integrado por ocho médicos cirujanos, tres enfermeras y dos ambulancias. En este último lugar los pacientes podían elegir a un cirujano, del cual cubrían sus honorarios y pagaban los gastos que originaba su tratamiento, o si carecían de recursos, se les practicaba las curaciones de emergencia y se trasladaban al hospital civil.²⁴⁵

La constitución de la atención médica en la ciudad de Orizaba a grandes rasgos fue el conjunto de acciones de profesionistas, la presencia de instituciones e implementación de medidas higiénicas durante la época posrevolucionaria. En el caso de la disposición de médicos certificados en 1935 se comunicó a quienes estaban autorizados para ejercer su profesión en la urbe, aportando 27 médicos locales y uno respectivamente en Ciudad Mendoza y Nogales. En esta lógica, se exhibe pese a los esfuerzos un panorama sombrío para la atención personal y profesional de doctores en una población superior 42 mil habitantes, lo que daría una disposición de 1 mil 479.4 pacientes por cada médico autorizado.

Cuadro 12
Médicos autorizados en la ciudad de Orizaba, Nogales y Ciudad Mendoza, 1935.

ORIZABA				
Dr. Benito R. Nadal	Dr. Fernando Rosenzweig	Dr. Juan Rella	Dr. Ignacio Bustos Leal	Dr. Ernesto Bravo Pozos

²⁴⁴ Según el escrito del Doctor Ramón Ojeda fechado en octubre de 1931, en ese momento el Hospital "Ignacio de la Llave" atendía a 92 enfermos y el Manicomio del Estado a 38 enajenados hombres y 36 mujeres. Tanto el hospital como el Manicomio según el informe se encontraban aseados, en sus paredes, pisos y mobiliario; con buena luz y ventilación; suficiente agua y drenaje; baños de regadera y servicio de excusados al corriente: AMO, Salubridad, Caja 780, Número 9, Expediente Informe, 1931, 59-60 f.

²⁴⁵ Carlos Calero, Orizaba 288-291.

Dr. Rafael Labardini	Dr. Enrique García	Dr. Agustín Krauss	Dr. Héctor Bustos Castro	Dr. José T. Furukawa
Dr. Francisco Menije	Dr. Luis Vignon	Dr. Francisco Meneses	Dr. Ángel Escudero Lavat	Dr. F. E. Márquez (Homeópata)
Dr. Luis G. Aurióles	Dr. Emilio de León	Dr. Alberto Tenorio	Dr. Ricardo Labardini	Dr. Teófilo Nicolás
Dr. Miguel Castillo T.	Dr. Luis Fuentes Cicero	Dr. Rafael Bustos Leal	Dr. Gonzalo Arzamendi	Dr. Pedro Dupeyron O.
Dr. José G. Herrera González	Dr. Ángel García Almorín	NOGALES	CIUDAD MENDOZA	
		Dr. Luis L. Zayas	Dr. Joaquín J. Salas	

Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Salubridad, Caja 785, Número 40, Expediente Correspondencia, 1935, s/f.

La cualidad industrial de la región Orizaba junto a los diversos centros obreros motivó naturalmente la incentivación de la higiene industrial y la protección laboral. De acuerdo a Enrique Rajchenberg existió un proceso eminente de la constitución de sociedades mutualistas a la posterior sindicalización, lo cual fue una fuerza social en la época revolucionaria y posrevolucionaria. Desde luego, las reivindicaciones de la clase obrera ante los aspectos injustos del capitalismo con el activismo político y huelgas en Orizaba determinaron una activa promulgación legislativa y una ocupación de administraciones locales por parte del colectivo obrero, siendo pues, determinantes en la seguridad social, la incapacitación laboral y la remuneración económica en los espacios de trabajo.²⁴⁶

De este modo, se desarrollaron una serie de condiciones para la obligación patronal de un servicio médico interior en las fábricas, proporcionando sustento económico al convaleciente o difunto, días de invalidez y dotación de medicinas para asalariados enfermos. Por esa razón, estamos frente a un paisaje que reconoció la salud laboral en torno al riesgo, la seguridad y las condiciones de trabajo. En tanto, se formó en materia de salud la postura de la higiene industrial para prevenir de los males y peligros que aquejaban a la clase trabajadora, por lo que se comenzaron a diseñar mecanismos médicos y técnicos al proponer un sistema de seguridad social.

²⁴⁶ Véase, Enrique Rajchenberg, "De la caridad a la indemnización: Orizaba, 1918-1924 (Tesis de Doctorado, UNAM, 2002).

Sucintamente, en Orizaba los servicios médicos en fábricas como la Cocolapan, Cerritos y de Cervecería Moctezuma contaban con dos tipos, uno sostenido por la empresa y otro por el sindicato. El primero se encargaba de la protección individual y colectiva de la salud, mientras el segundo intervenía con fines de protección a los intereses económicos del trabajador, en caso de reclamaciones en contra de los dictámenes médicos facultados por la empresa. A los trabajadores de recién ingreso se le sometía a un examen médico para dictaminar sus condiciones físicas, desde el punto de vista de su capacidad para el trabajo y de las condiciones de su salud. Asimismo, disfrutaban de las prestaciones de la Ley del Trabajo como servicio médico y medicinas para enfermedades profesionales o no profesionales, por ejemplo, en caso de una esposa embarazada de un trabajador la Cervecería Moctezuma donaba la cantidad de \$150 pesos cuando llegaba el término de gestación.²⁴⁷

De esta manera, un aspecto de la salud fue salvaguardar la fuerza proletaria de la región. En octubre de 1936, se comunicó al ciudadano jefe de los Servicios Sanitarios Coordinados del Estado por parte del presidente municipal sobre los Comités de Higiene Industrial de las distintas empresas que formaban los sindicatos patronales adheridos a la Federación Patronal del Estado de Veracruz. En ese sentido, en Orizaba se ponderó aparentemente una política posrevolucionaria en la responsabilidad y obligatoriedad preventiva de las condiciones laborales para evitar un daño a la salud de los empleados, estableciendo un marco de seguridad social ante posibles accidentes y enfermedades labores debido a riesgos químicos, físicos y biológicos inherentes en la actividad laboral.²⁴⁸ (Véase, Apéndice 8-Cuadro 8).

En suma, a toda esta labor de salubridad e higiene en la sistematización de la salud pública del país fue importante la aplicación y enumeración de actividades sanitarias por parte de las Unidades Sanitarias Cooperativas. En Orizaba, un testimonio fue el registro de las diligencias realizadas durante la década de 1930. Una aproximación es un informe del segundo semestre de 1933, que aporta una

²⁴⁷ Carlos Calero, *Orizaba*, 412.

²⁴⁸ AMO, Salubridad, Caja 786, Número 54, Expediente Correspondencia, 1936, 90-93 f.

contextualización cuantitativa del alcance de las actividades del referido departamento en la ciudad, a su vez, un ámbito a destacarse fue la aplicación de vacunas antivariólicas de infantes, obteniendo un resulta de 1 mil 874 inoculados y revacunados entre octubre y diciembre.

Cuadro 13

Vacunación y revacunación antivariólica en infantes, (octubre-diciembre 1933).

Vacunados				Revacunados				Total	
Menores de 1 año		Mayores de un año		Menores de 1 año		Mayores de un año			
M	F	M	F	M	F	M	F		
193	178	24	21	419	323	290	488	354	1,455

Fuente: AMO, Salubridad, Caja 782, Número 23, Expediente Informe, 1933, s/f.

Igualmente, en el mismo año la Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba, entre julio hasta diciembre informó sobre posibles casos de enfermedades contagiosas recibida por aviso de médicos de esa jurisdicción sanitaria. En el cuadro 14, podemos notar que los padecimientos más notificados por su presencia fue la tos ferina, el paludismo, la tuberculosis (especialmente, pulmonar), la gripa, la disentería, la erisipela, las fiebres tifoideas y paratifoideas. Mientras tanto, la presencia de viruela, cáncer, sífilis, oftalmía purulenta y pústula maligna fuero apenas algunos casos. De ese modo, podemos contemplar la comunicación y coordinación de la esfera salubre y política de la región frente a la aparición y vigilancia de posibles periodos epidémicos durante la administración posrevolucionaria. En síntesis, la información consignada por las autoridades orizabeñas coincide con la política sanitaria nacional en los quehaceres ejercidos por el personal de la unidad sanitaria: visitas practicadas a enfermos, la vacunación y revacunación de enfermedades contagiosas, la educación higiénica, la atención médica a mujeres embarazadas, cuidados a recién nacidos, infantes y pláticas a parteras. (Véase, Apéndice 9- Cuadro 9).

Cuadro 14

Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba: Casos posibles y casos confirmados de diversas enfermedades contagiosas, (julio-diciembre 1933).

Patologías	Avisos de casos de enfermedades transmisibles	Avisos de casos confirmados y reportados por la superioridad.
Enfermedades	Total	Total

Fiebre Tifoidea Y Paratifoideas	19	8
Viruela	4	4
Paludismo	96	41
Tosferina	377	184
Difteria	14	8
Disentería	25	22
Gripa*	25	25
Erisipela	12	12
Tuberculosis **	72	71
Cáncer (En Sus Diferentes Formas Y Localizaciones)	6	5
Sífilis	1	1
Oftalmía Purulenta	4	2
Pústula Maligna	1	1
Total	656	384

Fuente: AMO, Salubridad, Caja 782, Número 23, Expediente Informe, 1933, s/f.

*Solamente los datos pertenecen al trimestre de octubre, noviembre y diciembre sobre gripa.

**Solamente el informe del trimestre (julio, septiembre, agosto) especifica los casos confirmados de tuberculosis respiratoria siendo: 31 casos confirmados de posiblemente 32 alertas.

De forma similar, en 1933 se proporcionaron cifras de las actividades realizadas por análisis clínicos de enfermedades infecciosas, padecimientos venéreos, bebidas y comestibles; número de inspecciones, certificados expedidos de buena salud, inspección de edificios; reconocimiento de boticas y farmacias y muestras de drogas y productos médicos. Todas estas observaciones, nos permite dilucidar el compromiso no solamente de médicos, enfermeras, laboratoristas e inspectores sanitarios por la preservación de la salud de los habitantes de la ciudad de Orizaba y sus alrededores, sino la constante lucha contra enfermedades infectocontagiosas, padecimientos venéreos y la higienización de la sociedad. Es así que, la Pluviosilla y el valle orizabeño experimentaron un proceso guiado por los anhelos revolucionarios inscritos en la política federal de un sistema de salud pública, a partir de profesionistas en el área de la salud y las autoridades políticas de distintos niveles. (Véase, Apéndice 10-Cuadro 10).

A toda esta labor se sumó una intensa campaña contra las enfermedades más generalizadas de la entidad veracruzana. Consecuentemente, en Orizaba la unidad sanitaria realizó inspecciones y limpieza preventivas contra el paludismo, si bien, no fue un problema característico de la urbe debido a su altura y clima templado se refirió sobre la llegada de enfermos a la zona rural de la ciudad y sus

alrededores provenientes de Fortín, Córdoba, Veracruz y el istmo de Tehuantepec. Entre otras afecciones, se trató a nivel local las parasitosis y padecimientos gastrointestinales debido a la aglomeración de personas en patios de vecindad y cuartos ante la posible convivencia con animales, una mala condición de hacinamiento y hábitos antihigiénicos.²⁴⁹ En esa misma línea, los establecimientos comerciales debían obtener anualmente patentes sanitarias que determinaran el cumplimiento de las normas higiénicas, por lo que, se practicaban visitas periódicas de inspectores.

Cuadro 15
Supervisión de las condiciones higiénicas de establecimientos comerciales e industriales, 1942.

Establecimientos	N.E.	N.I.	A.S.	R.C.	M.C.
Mercados	2	285	-	-	2
Cantinas	56	280	51	5	-
Pulquerías	16	186	16	-	-
Expendios de cerveza	20	263	20	-	-
Tendajones con cerveza	112	325	112	-	-
Fábricas de vino	2	78	2	-	-
Fábricas de cerveza	1	23	1	-	-
Abarrotes venta licencia	24	380	22	-	2
Fábricas de aguas gaseosas	2	82	2	-	-
Refresquerías	30	101	26	3	1
Fábricas de hielo	3	176	3	-	-
Reposterías	9	55	4	5	-
Panaderías	61	298	46	12	3
Dulcerías	7	99	7	-	-
Fábricas de dulces	1	12	1	-	-
Loncherías	12	192	12	-	-
Torterías	12	87	12	-	-
Cafés	16	198	12	4	-
Restaurantes	18	165	18	-	-
Tendajones sin cerveza	160	408	160	-	-
Garnacherías	32	118	9	12	11
Fondas	72	169	23	24	25
Establos	35	184	18	-	7
Expendios de leche	26	158	-	26	-
Zahurdas	3	46	3	-	-
Rastros	1	313	-	1	-
Carnicerías	60	1863	9	41	10
Expendios de Barbacoa	14	468	3	11	-
Misceláneas	22	54	22	-	-
Molinos de nixtamal	35	215	35	-	-

²⁴⁹ Carlos Calero, *Orizaba*, 236-237. Véase, Apéndice 11-Cuadro 11.

Tostadores de café	14	124	8	6	-
Fábricas de pastas	1	12	1	-	-

Fuente: Carlos Calero, *Orizaba* (Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970), 280. Abreviaturas: N.E Número de establecimientos; N.I. Número de inspecciones; A.S. Acondicionados satisfactoriamente; R.C. Regulares condiciones; M.C. Malas Condiciones.

En 1946, el Diario Oficial de la Federación publicó la inauguración del IMSS, que permitió a Orizaba por su importancia estratégica y competencia política y económica extender la cobertura de sanitaria y asistencial en la región. En el siguiente año se inició la atención hospitalaria institucionalizada del sistema de salud pública con la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, ocasionando subrogar las instalaciones y remodelar el Hospital Civil “Ignacio de la Llave”, el cual proporcionaba atención médica desde 1866.²⁵⁰ Posteriormente, en 1959 se rehabilitó un nuevo establecimiento hospitalario regional del IMSS ubicado entre Oriente 6 y Sur 41, el cual tuvo capacidad para 39 mil 653 derechohabientes, un personal médico integrado por 300 a 350 médicos y 350 empleados administrativos y de intendencia, que proporcionaba atenciones especializadas en: pediatría, dermatología, gastroenterología, otorrinolaringología, gineco-obstetricia, cirugía en general, cardiología, medicina general, nefrología, entre otros.²⁵¹

En definitiva, Orizaba fue objeto y testigo de la culminación de la política posrevolucionaria en la búsqueda de la centralización e institucionalización de la salud de México, brindándose servicios médicos y sanitarios, tanto en la ciudad como en la región. Eventualmente, se demostró las diversas implementaciones y aplicaciones en la prestación de servicios salubres y la vigilancia higiénica en la sociedad orizabeña. De este modo, el objetivo de las autoridades responsables fue evitar hábitos malsanos y preservar la salud de la población a través de normas, reglamentos, educación, propaganda, análisis clínicos y hasta la celebración de eventos cívicos, enfocándose en la importancia de la higiene pública e individual y concentrándose en una medicina de carácter preventivo.

²⁵⁰ Fajardo-Ortiz G. “Breve historia de los hospitales del IMSS en Orizaba, Veracruz” en *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, número 46 (2) (2008): 219-220.

²⁵¹ Carlos Calero, *Orizaba*, 333.

Ciertamente, fue dominante como medidas obligadas las campañas de vacunación, sanitización e inspecciones, evitando el desarrollo de enfermedades contagiosas, la propagación de patologías venéreas y a la higienización de espacios públicos, establecimientos comerciales y de los habitantes. No obstante, gradualmente se sumaron significativamente la seguridad social, la ayuda de la beneficencia pública y privada, la higiene industrial y el ofrecimiento de servicios médicos en recintos de atención hospitalaria. Encima, Orizaba se adaptó a los programas de salubridad y las dependencias médicas coordinadas en los cuidados y reconocimientos médicos de la sociedad. Así, se puede decir que nuestro espacio de atención fungió sustancialmente en las diligencias, mecanismos y planificación de una salud pública en creciente formación y configuración en el país hacia mediados del siglo XX. Pese a ello, falta por analizar los alcances que tuvo esta serie de prontitudes oficiales en el propio desarrollo demográfico, especialmente, visualizado los índices y las características de la mortalidad en Orizaba; respectivamente, el tema central del siguiente capítulo y del proyecto de investigación.

CAPÍTULO III: LA MORTALIDAD EN ORIZABA, 1930-1940.

*“Es verdad que los muertos tampoco duran
Ni siquiera la muerte permanece
Todo vuelve a ser polvo
Pero la cueva preservó su entierro
Aquí están alineados
cada uno con su ofrenda
los huesos dueños de una historia secreta”.*
Caverna, José Emilio Pacheco (2009)

En este capítulo se hará una exposición de los datos obtenidos con sus respectivas observaciones y análisis sobre la consulta de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba en la década de 1930 a 1940. Englobar al ser humano como un actor social parte de una colectividad enlazado a espacios de desenvolvimiento como el trabajo, el hogar, la escuela y otro tipo de sitios públicos o privados; en tanto, reconociendo el fondo heterogéneo de la mortalidad en la historia. Así pues, orillar un diagnóstico de un complejo entramado conocido como sociedad para revelar los factores mediadores de la causa y efecto de la mortalidad.

De esta manera, a lo largo del capítulo se expondrán tres semblantes trascendentes alrededor de la mortalidad de Orizaba. El primero corresponde a la estructura social y económica, entreviendo la conjugación entre grupos de edad, sexo, estado civil y ocupación, aspectos primordiales en la dinámica poblacional de un espacio determinado. El segundo radica en el examen de la mortalidad infantil, siendo un cuadro demográfico y social importante sobre las condiciones de vida de una población, básico para visualizar las tendencias y niveles de vida de una sociedad en pleno desarrollo económico y poblacional, y en nuestro caso, concretar un acercamiento a la gran cantidad de fallecimientos en edades tempranas, reflexionando la situación histórica del régimen demográfico de una ciudad mexicana durante el decenio de los 30's.

Por último, el tercer aspecto corresponde a la movilidad y vecindamiento a través del estudio de la mortalidad, accediendo a un carácter que profundiza el desenvolvimiento social y económico que tuvo la urbe de Orizaba, emplazada geográficamente en un lugar de importante flujo migratorio en un momento significativo de movilización interna de las zonas rurales a espacios urbanos en México; por ello, entrever el perfil poblacional a través de la mortalidad y la migración

en *Pluviosilla*. De esta suerte, entre 1930 a 1940 se registraron 15 mil 090 defunciones en Orizaba en un contexto de reconstrucción política hacia una economía industrial y modernización nacional.

3.1.-MORTALIDAD Y ESTRUCTURA SOCIAL. (EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y OCUPACIÓN).

Uno de los lineamientos básicos del análisis de la mortalidad se centra en distinguir la estructura social y económica del evento vital. Tratar el peso relativo de los grupos de edad, sexo, estado civil y ocupación, como elementos principales de la formación de relaciones sociales y del conjunto de bienes y actividades laborales de una población. En otras palabras, se conforma un perfil social -conjunto de rasgos particulares- con los diversos datos germinados en las actas de defunción o de registros de entierros.

En forma elemental, la importancia de la población como capital humano presenta dos semblantes: cantidad de personas y calidad (sexo, edad, profesión o actividad, etc.). Se moldea un conjunto de individuos, quienes al morir dejan evidencia de la vida social y del desarrollo económico donde radicaron y perecieron. Por tal razón, la mortalidad y la estructura social dan a conocer la representatividad de niños, jóvenes, adultos o ancianos, así como la predominancia de un cierto grupo de personas, estado civil y ocupaciones en un espacio particular.

La población es un conjunto dinámico que va desarrollándose, transformándose y evolucionando en el transcurso del tiempo, y algunas cualidades son elementales para visualizar y entender las principales tendencias y características demográficas de una sociedad. Existe pues, en una colectividad hombres y mujeres de diversas edades y ocupaciones, que permiten un horizonte de las condiciones socioeconómicas y particularidades sociales y etiológicas de su deceso. Para Behm Rosas, este conjunto de cualidades producen diferencias en los niveles de vida de los diversos sectores sociales de un espacio; lo que, influye en la ocurrencia de la enfermedad y la muerte: “en el sentido de que, en cada sociedad,

las relaciones sociales de producción, cambian y se generan sucesivamente en el curso del tiempo”.²⁵²

En consecuencia, este apartado intenta aproximarse y configurar un perfil general sobre las características sociales y económicas a partir del tratamiento de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba. Exteriorizar las diferencias y el comportamiento de la mortalidad entre los diferentes grupos de edad²⁵³, sexo, estado civil, rubro de ocupaciones, y, desde luego, las causas de fallecimientos en determinadas agrupaciones etarias o en alguno de los dos sexos. Por tanto, la condición de salud se ve de manera diferencial en edades y el sexo, en un sentido de que algunas enfermedades o causas de muerte se presentan con mayor incidencia en edades tempranas, otras son predominantes en adultos mayores y unas biológicamente particulares del sexo.

3.1.1.-EL PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA MORTALIDAD DE ORIZABA.

Desde hace mucho tiempo es conocido que las mujeres viven más que los hombres. Esta mayor capacidad de sobrevivencia entre sexos se constituye de forma sociocultural, debido a que en el seno de una sociedad se producen relaciones sociales, costumbres, hábitos y estilos de vida muy diferentes. Y desde luego, la biología humana es fundamental para comprender las diferencias genéticas, la función de las hormonas sexuales y el sistema inmunológico entre hombres y mujeres, lo cual, no solo brinda una cuestión del género -roles sociales-, sino esa brecha interna de los factores de la naturaleza determinantes de una longevidad mayor de mujeres sobre hombres, pese al contexto cultural, socioeconómico y ambiental de un entorno.²⁵⁴

Las primeras observaciones de la mortalidad en Orizaba son sobre la proporción de fallecimientos por clasificación de enfermedades y causas, sobre

²⁵² Hugo Behm Rosas, “Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina”, *Revista Cubana de Salud Pública* núm. 43 (2), (2017): 289.

²⁵³A consideración de un análisis particular de la mortalidad infantil y la mortinatalidad en un segmento exclusivo de este proyecto de investigación, se ha considerado descartar de este apartado las defunciones que correspondieron a los menores de un año y los mortinatos.

²⁵⁴ Covadonga López Ramos, “¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? Una revisión desde el punto de vista biológico”. *Rev, salud ambient*, núm. 20 (2020): 161-162

todo, una mortalidad ocasionada por enfermedades gastrointestinales y hepáticas (33.81%), seguida por los padecimientos respiratorios (17.38%) y en tercera instancia por muertes prenatales y perinatales (9.93%). Hablamos que estos tres grupos albergaron el 61.12% de decesos, o sea, fallecimientos por infecciones intestinales, diarreas, gastroenteritis, enteritis, enterocolitis, tuberculosis pulmonar, neumonías, bronconeumonías, bronquitis; y en el sector infantil por debilidad congénita, eclampsia, abortos espontáneos, atrepsia, endometritis materna y muertes súbitas en los meses de gestación o los primeros instantes de vida.

Cuadro 16
Mortalidad por grupos de causas, casos y % del total, Orizaba 1930-1940.

Grupos de causa de deceso	Casos	% del total
Ignora	38	0.25%
Enfermedades infectocontagiosas	595	3.94%
Neoplasias (Canceres)	257	1.70%
Enfermedades venéreas	281	1.86%
Alcoholismo	174	1.15%
Enfermedades del aparato circulatorio	900	5.96%
Enfermedades respiratorias	2,623	17.38%
Enfermedades gastrointestinales y hepáticas	5,104	33.81%
Enfermedades del aparato genitourinario	726	4.81%
Parto, Puerperio y Embarazo	149	0.98%
Muerte prenatal y perinatal	1,500	9.93%
Lesiones	1,288	8.53%
Otras*	1,457	9.65%

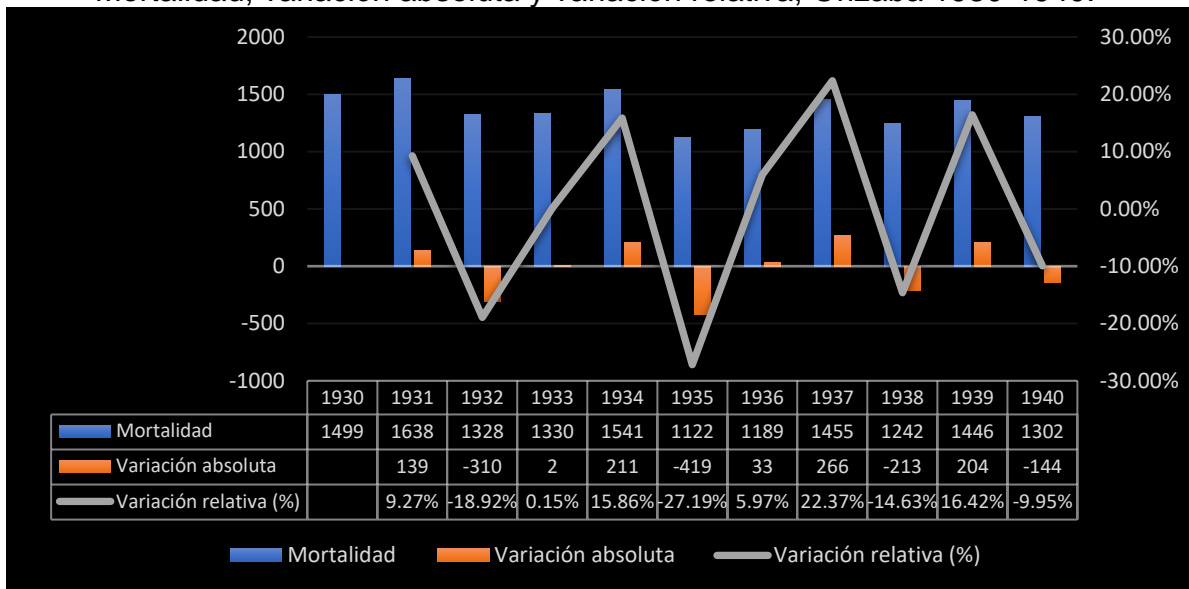
Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

*En el grupo de otras se decidió englobar diversas enfermedades, que no significaron una incidencia predominante en la población, y así evitar un ejercicio extenuado y dilatado. Por tanto, hablamos de patologías del sistema nervioso, problemas de la piel, trastornos del sistema inmunitario, enfermedades nutricionales y metabólicas y males del sistema osteomuscular y del tejido.

En otro tema, la mortalidad anual dio como resultado que 1936 fuera el año con menos fallecimientos con 1 mil 189 decesos y 1931 como el más mortífero con 1 mil 638 defunciones; por lo que, existe un comportamiento de carácter relativo, sin un crecimiento o disminución continua de la mortalidad. Por mencionar, entre 1933 a 1934 se dio un incremento del 15.86% de muertes registradas, pero este índice disminuyó un 27.19% para 1935. De manera parecida, entre 1937 a 1938 tuvo un decrecimiento del 14.63% en las cifras de decesos, el cual aumentó en 1939 al

16.42%, descendiendo un 9.95% en 1940. En ese sentido, este comportamiento indicó una irregularidad de muertes registradas, debiéndose, a un posible subregistro o, en dado caso, un incremento diferencial e irregular como causa de las principales patologías en la mortalidad.

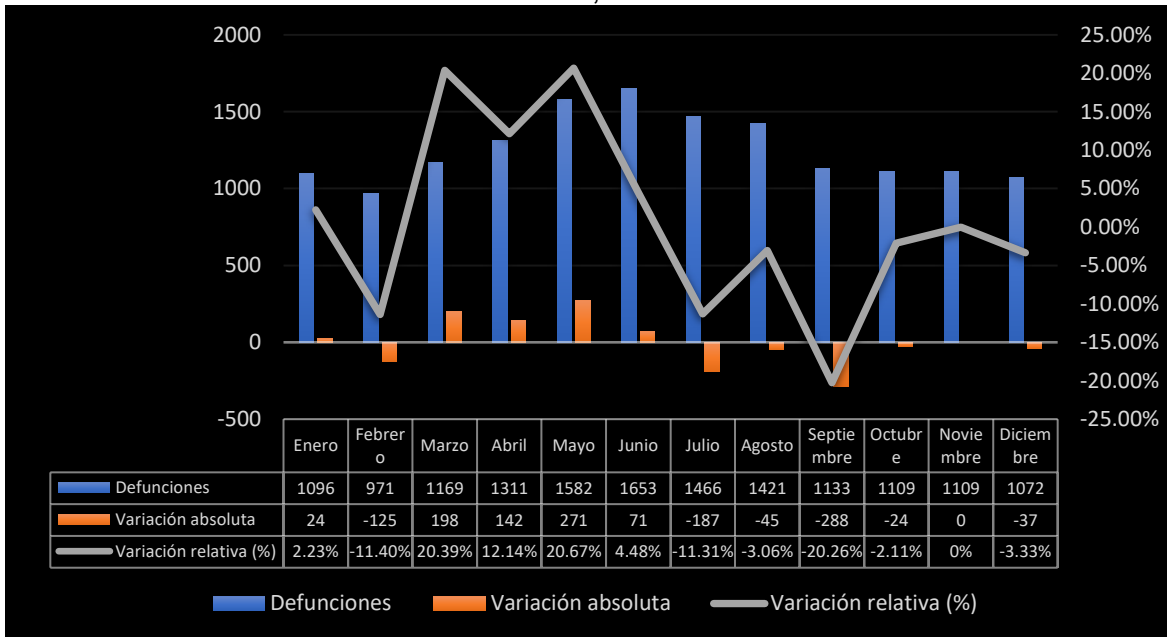
Gráfica 4
Mortalidad, variación absoluta y variación relativa, Orizaba 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Equivalentemente, la estacionalidad de la mortalidad en Orizaba entre 1930 a 1940 demostró una propensión mayor en los meses de verano (junio a septiembre), de hecho, junio fue el mes que registró más defunciones en el decenio con 1 mil 653 casos; seguido por mayo, con 1 mil 582; julio, 1 mil 466; y agosto, 1 mil 421. Por su parte, los meses con menor índice de muertes fue enero con 1 mil 096 y febrero con 971, posiblemente por ser de un clima benigno y fresco. Igualmente, según la gráfica 5 empezó a ver un incremento sustancial de decesos en marzo, el cual representó un aumento del 20.39% en consideración a febrero, este porcentaje todavía incrementó más para abril, mayo y junio con 12.14%, 20.67% y 4.48%, respectivamente. En consecuencia, los meses de otoño e invierno fue menos mortíferos a diferencia de los de primavera y verano a lo largo de la década de estudio.

Gráfica 5
Mortalidad estacional, Orizaba 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

En modo particular se suscitaron 11 mil 615 decesos del primer año de vida hasta la edad más adulta de 116 años, en donde: 51.85% correspondió a muertes del sexo masculino y 48.15% al femenino. En números absolutos y de forma continua la mortalidad de hombres fue superior, desde el grupo de edad de 1 a 4 años hasta la agrupación de 55 a 59 años. Así, los hombres obtuvieron una diferencia proporcional mayor entre mujeres, especialmente en los grupos etarios de 30 a 34 años (18.90%); 35 a 39 años (24.20%); 40 a 44 años (18.60%); y de 45 a 49 años (11.14%). En cuanto al sexo femenino tuvo cifras más significativas en rubros de edad más longevos, sobre todo, a partir de los 60 años en adelante. En ese sentido, la discrepancia proporcional entre sexos se invirtió de forma considerable en mujeres de los 65 a 69 años (11.08%); 70 a 74 años (21.96%); 75 a 79 años (24.60%); y mayor a 80 años (42.89%). (Véase, Apéndice 14-Cuadro 14).

Lo anterior va en concordancia a que actualmente se ha comprobado que las mujeres tienen un estado de salud peor a lo largo de su vida, manifestada por índices de morbilidad, estancia hospitalaria y de consumo de medicamentos, sin embargo, es conocido que a pesar de ser más enfermizas que los varones vivan

durante más tiempo. La salud entre varones y féminas es diferente y desigual, debido a que son múltiples factores biológicos y sociales coligados, dando por resultado una esperanza de vida más elevada del sexo femenino. En concreto, las mujeres se ven desfavorecidas por los patrones de conducta social y expectativa laboral, y que en gran medida justifica esa mayor morbilidad por afecciones crónicas que se extiende a lo largo de su vida; aunque, al mismo tiempo son más privilegiadas biológicamente a diferencia del sexo masculino.²⁵⁵

Cuadro 17
Esperanza de vida y ganancia media anual en años, México 1930 y 1940. (ambos sexos).

Año	Hombres		Mujeres	
	Esperanza de vida al nacer	Ganancia media anual en años	Esperanza de vida al nacer	Ganancia media anual en años
1930	36.08		37.49	
1940	40.39	0.43	42.50	0.50

Fuente: Raúl Benítez Z. y Gustavo Cabrera A., *Tablas abreviadas de mortalidad de la población de México, 1930, 1940, 1950, 1960*. El Colegio de México, 1967, 65.

En efecto, entre 1930 y 1940 la esperanza de vida al nacer era mayor en mujeres, lo que naturalmente se reflejó en una tasa de mortalidad más elevada de hombres en edades tempranas y mujeres en rubros etarios más adultos. En Orizaba, ambos sexos tuvieron una tasa de mortalidad equiparable y alta en los primeros años de vida (1 a 4 años), 31.78 en hombres y 29.22 en mujeres; de igual modo, entre 5 a 9 años de 9.36 y 8.37, respectivamente. Posteriormente, las tasas de mortalidad entre sexos fueron sumamente desiguales entre los 20 hasta los 39 años de edad, sin embargo, se observó una disminución del índice en hombres y más alto en mujeres a partir de los 60 años, donde la agrupación mayor a 80 años de edad tuvo una tasa de mortalidad 4.52 en varones y 11.32 en mujeres. Ciertamente, el índice de sobremortalidad masculina tuvo notoriedad en los grupos intermedios de edad, es decir: 30 a 34 años (1.5); 35 a 39 años (1.6); y 40 a 44 años (1.5). Por tanto, se puede deducir que la mayor diferencia proporcional de muertes entre sexos ocurrió de los 30 hasta los 44 años. (Véase, Cuadro 18).

²⁵⁵ Izabella Rohlf, *et al.*, "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos", *Gac Sanit* núm. 14 (2000): 61.

Cuadro 18
Tasas de mortalidad por sexo y grupos de edad, Orizaba 1930-1940.

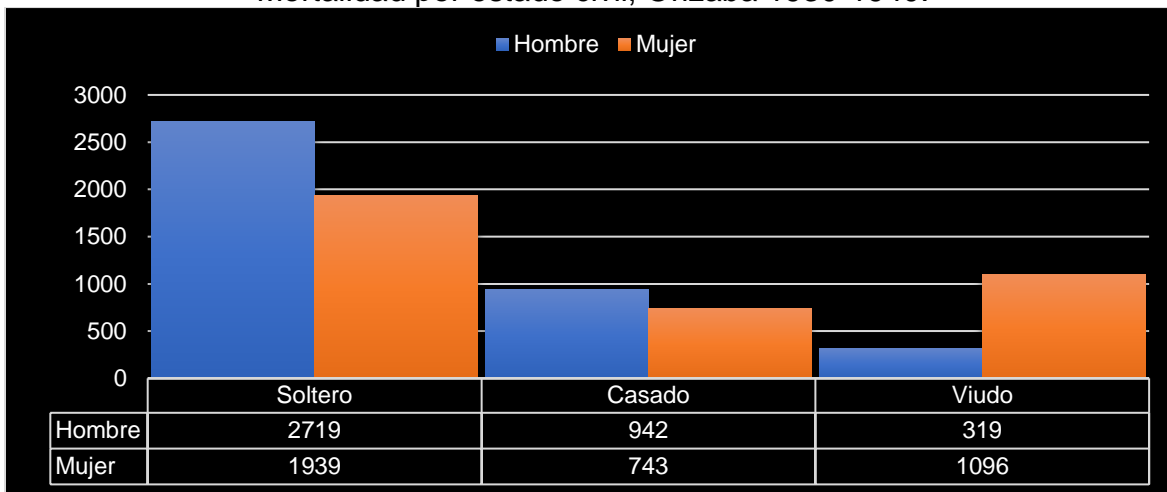
Rubros de edad	Hombre	Mujer	Sobremortalidad masculina
1-4 años	31.78	29.22	1.1
5-9 años	9.36	8.37	1.1
10-14 años	3.71	3.02	1.2
15-19 años	5.78	4.70	1.2
20-24 años	8.61	6.00	1.4
25-29 años	8.94	6.60	1.4
30-34 años	7.70	5.25	1.5
35-39 años	10.93	6.67	1.6
40-44 años	7.11	4.88	1.5
45-49 años	7.55	5.41	1.4
50-54 años	5.72	5.32	1.1
55-59 años	5.52	5.23	1.1
60-64 años	5.05	5.89	0.9
65-69 años	4.44	5.54	0.8
70-74 años	3.18	4.97	0.6
75-79 años	3.05	5.03	0.6
>80 años	4.52	11.32	0.4

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Ahora bien, la mortalidad por estatus civil se analizó en un total de 7 mil 758 actas; en las cuales, el estatus de soltero (4 mil 658 actas) correspondió a 58.37% hombres y 41.63% mujeres; en casados (1,685 actas), 55.90% varones y 44.09% mujeres; y viudos (1,415 actas), 29.10% hombres y 70.90% mujeres.²⁵⁶ En general, la mayor parte de la mortalidad por estado civil correspondió a personas solteras, seguida en menor grado por casados y viudos. De igual manera, los varones tuvieron más representatividad en perezimientos de solteros y casados; pero, indudablemente las mujeres como viudas fue muy notable. (Véase, gráfica núm. 9).

²⁵⁶ Otro estado civil que se registró fue el de “divorciado (a)”, siendo únicamente dos personas con ese tipo de dato. Debido a su poca relevancia se decidió excluirlo del análisis de este apartado.

Gráfica núm. 9
Mortalidad por estado civil, Orizaba 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

La mortalidad por estado civil representó una condición de mayor soltería en hombres desde los 15 hasta los 49 años, esencialmente un 9.30% ubicando entre los 15 a 19 años; 13.09% de 20 a 24 años; 12.24% de 25 a 29 años; 9.96% de 30 a 34 años; y 12.98% de 35 a 39 años. En cambio, las mujeres solteras tuvieron cifras distintivas en comparación a los hombres hasta los 70 años en adelante, de hecho, para el rubro mayor a 80 años son únicamente 73 hombres fenecidos como solteros por 159 solteras. Asimismo, los fallecimientos de solteras radicaron en menor grado en edades de la adolescencia y la adultez temprana de 15 a 19 años con 9.69%; 20 a 24 años, 11.08%; y de 25 a 29 años, 10.72%, siempre por debajo del índice relativo y absoluto de la cantidad de muertes de varones solteros. (Véase, Apéndice 15-Cuadro 15).

Simultáneamente, la diferencia absoluta de solteros entre ambos sexos comprobó en los rubros de edad más joven una disconformidad clara de hombres sobre las mujeres, e inversamente en edades más adultas de mujeres por encima de los varones. A todo esto, las agrupaciones etarias que manifestaron una diferencia absoluta menor entre ambos sexos fueron de 12 a 14 años (19%) y de 65 a 69 años (2%). Este último punto remite a un aspecto sociocultural, donde en los primeros años de la adolescencia no existe gran diferencia entre solteros y solteras,

pero en edades subsiguientes de la adultez temprana las mujeres tienden a casarse más jóvenes en comparación a los varones; así pues, el sexo masculino al casarse a una edad más adulta acompañada de una sobremortalidad en edades intermedias exhibe esa proporción menor entre solteros y solteras a partir de los 50 hasta 69 años de edad en la ciudad de Orizaba.

Este tipo de patrones en el estado civil de soltero fue bastante tradicional desde el siglo XIX entre la población femenina y masculina, estableciendo un fenómeno de nupcialidad característica por edades más adultas en varones y tempranas en mujeres.²⁵⁷ Era una práctica común que los lazos matrimoniales se formalizaran del sexo femenino en plena adolescencia, anteponiendo los 21 años una edad adecuada para contraer nupcias, no obstante, en muchas ocasiones las mujeres se casaban a una edad más joven.²⁵⁸ Por otra parte, la gran cantidad de solteros personificó en algún punto el comportamiento social alrededor del matrimonio, como el concubinato de personas que compartían el mismo hogar formando una familia, pero sin estar casados: debido a que, representaban el emparejamiento doméstico y de parentesco, sin estar de por medio una iniciativa formal de unión. Posiblemente, tanto hombres como mujeres al momento de morir y levantar el acta de defunción eran considerados solteros pese a tener una relación de pareja, empero sin estar oficialmente casado.

En concordancia, en Orizaba la mortalidad bajo el estado civil de casado resaltó la postura de que las mujeres contraen nupcias a una edad más temprana, ya que, en números concretos el sexo femenino desde los 12 hasta los 34 años de edad tuvo en las diferentes agrupaciones etarias más decesos que los hombres, y éstos comenzaron a tener una superior cantidad de fallecimientos en los grupos de edad desde los 35 años en adelante. Infaliblemente, los hombres se casaban a una edad más avanzada y, por lógica las mujeres casadas empezaron a morir en menor cuantía después de los 35 años edad, entendiendo que la mayoría se trasladó en

²⁵⁷ Ana Lidia García Peña, "Madres solteras, pobres y abandonadas: ciudad de México, siglo XIX", *Historia Mexicana* núm. 3 (enero-marzo 2004): 659.

²⁵⁸ María Guadalupe González, "La mujer en el ámbito social y económico de Xalapa, 1900-1910" (Tesis de licenciatura, Universidad Veracruzana, 2015), 79-81.

ese lapso de vida a la viudez. En términos generales, los fallecimientos anotados de casados en Orizaba durante la década de 1930 a 1940 expone para el sexo masculino un notable porcentaje a partir de los 35 a 39 años con 12.63%; de 40 a 44 años, 8.17%; 50 a 54 años, 9.66%; y 55 a 59 años, 11.35%. Por su parte, las mujeres tienen un porcentaje elevado de casadas entre los 20 a 24 años (6.86%); de 25 a 29 años, 10.63%; de 35 a 39 años, 11.97%; y de 40 a 44 años, 9.95%. (Véase, Apéndice 16-Cuadro 16).

En el caso del estado civil de viudo arrojó un total 1 mil 415 actas de defunción, 319 para varones y 1 mil 096 en mujeres; o sea, una diferencia absoluta entre ambos de 777 decesos. Del mismo modo, un estado civil caracterizado por ubicarse en momento de vida de la adultez y ancianidad; sin embargo, entre los 15 a 19 años de edad se registró una viuda y, llamativamente 3 viudos y 2 viudas entre los 20 a 24 años de edad. En los demás rubros hay una predominancia de las viudas, empezando a tener un crecimiento importante de los 35 a 39 años de edad en adelante; singularmente, la diferencia absoluta entre ambos sexos crece repentinamente de 8 casos entre 30 a 34 años a 29 entre 35 a 39 años; teniendo un nuevo incremento diferencial de 38 muertes entre 45 a 49 años a 53 de 50 a 54 años; y naturalmente, esta disconformidad se agranda a 100 casos de 70 a 79 años y 241 a una edad mayor de 80 años. (Véase, Apéndice 17-Cuadro 17).

De ese modo, la viudez cobró connotación en los varones en el total de fallecimientos hasta los 60 a 64 años (12.22%); 65 a 69 años (13.79%); y mayor a 80 años (26.33%). Por su lado, las mujeres se posición en rubros de edad más diversificado, revelando los más importantes a los 65 a 69 años (11.13%); 70 a 74 años (10.40%); 75 a 79 años (12.04%); mayor a 80 años (29.65%). Seguramente, las mujeres al contraer nupcias en una etapa más temprana que los varones y tener una esperanza de vida más alta, determinó una mortalidad de viudas desde edades jóvenes y, por tanto, los porcentajes menos aglomerados en determinados grupos de edad, como sí sucedió con el sexo masculino.

Igualmente, La mortalidad por rubros de edad y estado civil correspondió en gran parte a la estructura poblacional de Orizaba en la década de 1930.

Precedentemente, se expuso una población predominada por solteros, en cifras menores casados y pocos viudos, y una sociedad prevalecta por mujeres en cada uno de los estados civiles. De igual modo, una población especialmente joven, debido a que menores de un año a 9 años conformó el 25.33% de la población orizabeña en 1930; el 69.70% de 10 hasta los 59 años de edad; y únicamente el 5.07% de personas de 60 años de edad en adelante. De ahí que, las actas de defunción reflejaron una sobremortalidad masculina en casi todos los rubros de edad y especialmente fallecimientos de solteros.

A lo largo del trabajo se refirió a la región de Orizaba como un punto nodal en el papel estratégico comercial, industrial, agrícola y de servicios, donde la ciudad adquirió un estatus como una urbe principal con una cobertura comercial e infraestructura urbana para la comunicación y transporte, y desde luego, parte del corredor textil de la zona. Sin embargo, el análisis de la mortalidad en cuanto a la estructura social expuso una situación socioeconómica desde un horizonte distinto. En ese caso, las defunciones de hombres con alguna ocupación se registraron en el 52.17% de las actas totales, mientras en mujeres el 47.82%. En forma general, las principales actividades se situaron en el trabajo doméstico (44.46%), seguida por la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (15.93%) y en tercer lugar la artesanía (9.86%). Si bien, la industria fue un sector económico vital para el desarrollo de Orizaba solamente reunió un 7.28% de las muertes en cuanto al rubro laboral.

Cuadro 19
Mortalidad por rubro laboral, Orizaba 1930-1940.

Rubro Laboral	Hombre	Mujer	Diferencia proporcional entre sexos	Total	% de proporción en las muertes totales
Desconoce/Ignora	335 (72.19%)	129 (27.81%)	44.38	464	5.78%
Agricultura, Ganadería, Silvicultura y Pesca	1,260 (98.59%)	18 (1.42%)	97.17	1,278	15.93%
Industrias	545 (93.32%)	39 (6.68%)	86.64	584	7.28%
Minas, Petróleo y Gas Natural	3 (100%)	0 (0%)	100	3	0.03%
Comunicaciones y Transportes	187	3	96.84	190	2.36%

	(98.42%)	(1.58%)			
Comercio	428 (88.24%)	57 (11.76%)	76.48	485	6.04%
Administración Pública	45 (97.82%)	1 (2.18%)	95.64	46	0.57%
Profesionistas	108 (85.71%)	18 (22.29%)	63.42	126	1.57%
Trabajos Domésticos	111 (3.11%)	3,454 (96.89%)	93.78	3,565	44.46%
Artesanía	747 (94.43%)	44 (5.57%)	88.86	791	9.86%
Otras ocupaciones no especificadas	414 (85.18%)	72 (14.81%)	70.37	486	6.06%
Total	4,183 (52.17%)	3,835 (47.82%)	4.35	8,018 (100%)	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

En ese sentido, en Orizaba junto a la concentración poblacional en un espacio urbano integró a personas en el mercado servicios e industrial, además, tras el desarrollo fabril y el desarrollo del ferrocarril motivó el avecindamiento de individuos y familias venidos de zonas rurales y dedicados al sector primario. Posiblemente, una diversificación de ocupaciones y de servicios básicos se acentuó en la demanda de bienes complementarios y mecanismos de incorporación laboral de otro tipo. De ahí que, Orizaba sin ser un vasto territorio para las actividades del sector primario seguramente dispuso como mano de obra en los diversos establecimientos comerciales, industriales y de servicios a personas, quienes eran jornaleros, campesinos y artesanos.

De esta manera, el estudio de la mortalidad demostró que las ocupaciones más destacadas para ambos sexos estuvieron dentro del campo, el artesanado, la industria, pero incluso en la construcción, la venta de alimentos, personal de establecimientos y del transporte. En hombres resaltaron las ocupaciones como: campesino, obrero, jornalero, comerciante, empleado o dependiente, albañil, carpintero, zapatero, panadero, cargador, estudiante, mecánico, carnicero, personal ferroviario, chofer y sastre, entre otros. Además, la preponderancia de varones afincados en el cultivo sumó considerablemente a 1 mil 179 fallecimientos entre campesinos y jornaleros, o sea, un 28.19% de la mortalidad por rubro laboral. En cuanto a las féminas se regodearon en las actividades del hogar y la limpieza, no

obstante, también en actividades enfocadas al sector agrícola, de alimentos, educación, industrial e inclusive de salud, por mencionar: ama de casa, sirvienta, comerciante, costurera, estudiante, obrera, lavandera, cortadora de café, campesina, maestra, tortillera, cocinera, vendedora ambulante, empleada o dependiente, enfermera y jornalera.

Cuadro 20
Principales ocupaciones en la mortalidad de Orizaba, 1930-1940 (sexo y % del total).

Hombre			Mujer		
Ocupación	Casos	% del total	Ocupación	Casos	% del total
<i>Campesino</i>	842	20.13%	<i>Ama de casa</i>	3,366	87.77%
<i>Obrero</i>	527	12.60%	<i>Sirvienta</i>	61	1.59%
<i>Jornalero</i>	337	8.06%	<i>Comerciante</i>	49	1.28%
<i>Comerciante</i>	333	7.96%	<i>Costurera</i>	26	0.68%
<i>Empleado o Dependiente</i>	174	4.16%	<i>Estudiante</i>	25	0.65%
<i>Albañil</i>	130	3.11%	<i>Obrera</i>	24	0.63%
<i>Carpintero</i>	123	2.94%	<i>Lavandera</i>	15	0.39%
<i>Zapatero</i>	108	2.58%	<i>Cortadora de café</i>	14	0.37%
<i>Panadero</i>	92	2.20%	<i>Campesina</i>	12	0.31%
<i>Cargador</i>	84	2.01%	<i>Maestra</i>	12	0.31%
<i>Estudiante</i>	80	1.91%	<i>Tortillera</i>	11	0.29%
<i>Mecánico</i>	66	1.58%	<i>Cocinera</i>	5	0.13%
<i>Carnicero</i>	61	1.46%	<i>Vendedora ambulante</i>	5	0.13%
<i>Personal Ferroviario</i>	59	1.41%	<i>Empleada o dependiente</i>	4	0.10%
<i>Chofer</i>	44	1.05%	<i>Enfermera</i>	3	0.08%
<i>Sastre</i>	42	1%	<i>Jornalera</i>	3	0.08%
<i>Suma</i>	3,102 (74.15%)	<u>74.16%</u>	<i>Suma</i>	3,630 (94.65%)	94.65%
<i>Resto de ocupaciones</i>	1,081 (25.85%)	<u>25.84%</u>	<i>Resto de ocupaciones</i>	205 (5.35%)	5.35%
Total	4,183	100%	Total	3,835	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

De igual manera, en la mortalidad de mujeres relacionada al rubro laboral debe subrayarse que hubo algunas dedicadas fuera del sector tradicional del hogar, entre las cuales estuvieron comerciantes (1.28%), obreras (0.63%), cortadoras de café (0.37%) y enfermeras (0.08%). A todo esto, las ocupaciones enlistadas en el sexo femenino representaron el 94.65% de defunciones, debido a la concentración de muertes de amas de casa (87.77%). Mientras tanto, en el sexo masculino existió una mayor diversificación de actividades, debido a que la agrupación titulada “resto

de ocupaciones” representó un 25.84% a diferencia del 5.35% en las mujeres. Definitivamente, el discurso social refrendó una conducta social sexista en que la mujer estaba restringida al ámbito del hogar, encargándose de las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. De modo que, la participación de la mujer en la vida social y económica estuvo condicionada al trabajo de carácter informal y casero, así como en la elaboración de alimento y en menor grado a la actividad obrera.

Entretanto, la división sexual del trabajo habla sobre mujeres que ejercían actividades exclusivas del sector informal, consideradas improductivas y difícilmente evaluadas en el impacto de la salud de la mujer.²⁵⁹ Sin embargo, este tipo de comportamiento social colaboró a ciertos patrones de conducta en el sexo masculino, el cual como veremos reflejó una sobremortalidad de varones por la violencia, causas externas y el abuso del consumo alcohólico. Así, el sexo relacionado a los grupos de causas y/o enfermedades en la mortalidad de Orizaba, demostró la condición social y diferencia biológica entre hombres y mujeres. Desde luego, la mortalidad en ambos sexos se congregó notoriamente en las patologías respiratorias y las enfermedades gastrointestinales y hepáticas, apenas una divergencia entre sexos del 3.61% y 0.20%, respectivamente. En cuanto a muertes ocasionadas por males infectocontagiosos se suscitaron más en hombres con un contraste porcentual del 8.04% a diferencia de las mujeres. (Véase, Apéndice 18-Cuadro 18).

Por el contrario, algunas causas y enfermedades en la mortalidad de Orizaba fueron muy sugerentes dependiendo del sexo, a su vez, a la relación con el aspecto etiológico y social. Así que, la muerte tuvo una relación entrelazada al estilo de vida de la población, y también por la calidad del agua y el aire, sumado a posiblemente las pobres condiciones de vivienda y alimentación, que configuraron un ambiente pernicioso para la salud y una propensión a morir por cierto tipo de causas y padecimientos.²⁶⁰ De este modo, se visualizó una diferencia proporcional entre

²⁵⁹ Rohlf, “Género, desigualdades”: 61-62.

²⁶⁰ Salvador Bermúdez Zatarain, *Medicina Preventiva e Higiene* (México, UNAM, 1972), 113-114.

ambos sexos, especialmente en algunos grupos de enfermedad como el alcoholismo, el cual tuvo una mayor incidencia en defunciones en el sexo masculino con una discrepancia porcentual de 64.32%. En otro tipo de causas, los fallecimientos por lesiones y causas externas fue tácitamente en los hombres, con una diferencia proporcional del 79.98% respecto a las mujeres. En ese sentido, la mortalidad relacionada al consumo excesivo de alcohol, accidentes y causas relacionadas a la violencia se dio fundamentalmente en el sexo masculino.

En efecto, el comportamiento de dependencia a bebidas alcohólicas y otro tipo de sustancias adictivas, además, la exposición a incidentes y riñas en el sexo masculino simboliza para Ellen Hardy y Ana Luisa Jiménez una perspectiva social de la masculinidad asociada al afrontar mayores riesgos, situaciones violentas, y, desde luego, hábitos perniciosos a la salud. Usualmente, el hombre se presenta a trabajar bajo condiciones sumamente demandantes físicamente, fuera del hogar y, por ende, desarrolla una propensión a escenarios de ciertas enfermedades, accidentes laborales y otro tipo de lesiones o actitudes violentas.²⁶¹ En contraparte, el sexo femenino consignada al espacio privado del hogar y restringida a un comportamiento dócil, evidentemente, evitó en gran medida la relación de muertes por lesiones o causas externas. Sin embargo, los decesos por cáncer en las mujeres tuvieron una diferencia proporcional de 56.08%, es decir, 143 muertes más que los hombres.

El cáncer resulta en algunos casos ser más propenso en el sexo femenino por cuestiones biológicas y genéticas. En el artículo *Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011* por medio de un análisis de las tasas anuales por cáncer a lo largo del período se obtuvo un índice de incidencia de 75.5 en varones y 89.6 en féminas por cada mil habitantes. Usualmente, los cánceres específicos provocaron más tasas de mortalidad por localización en tejidos y órganos en el sexo masculino: cáncer de próstata, pulmón, estómago, hígado y colón. En cambio, en el sexo femenino las neoplasias específicamente se ubicaron

²⁶¹ Ellen Hardy & Ana Luisa Jiménez, "Masculinidad y género", *Revista Cubana Salud Pública* núm. 27 (2002): 77-88.

en las mamas, útero, ovarios y pulmón. Además, según la observación el cáncer en zonas del aparato reproductivo fue más común en la mujer, especialmente entre los 35 a 64 años de edad y en el hombre era frecuente a partir de los 45 años de edad.²⁶²

Dicho esto, las muertes por cáncer en mujeres en Orizaba se adaptó a esta observación de predisposición biológica y anatómica del sexo femenino, no obstante, existe un factor agregado donde este tipo de neoplasias posee relación a prácticas sexuales sin protección, y con ello al padecimiento de posibles enfermedades de transmisión sexual como el papiloma humano y afecciones bacterianas de carácter uterino que pueden desencadenar sin ningún tratamiento médico un cáncer.²⁶³ Asimismo, la incidencia de cáncer en el aparato reproductor de la mujer es posible por múltiples patrones de embarazo y labores de parto e interrupciones por abortos producidos o naturales, debido al producto de lesiones internas y afecciones genitourinarias, ya que en mujeres con dos o más hijos tienen posibilidad de adquirir este tipo de padecimientos, el cual se triplica y cuadruplica con más hijos dados.²⁶⁴

En efecto, una de las causas en la mortalidad con mayor incidencia en el sexo femenino en Orizaba fueron las afecciones del aparato genitourinario y los padecimientos durante la etapa prenatal y perinatal²⁶⁵, las enfermedades de transmisión sexual y los problemas del sistema circulatorio, aportando una divergencia relativa con el sexo masculino del 25.36%, 21.21%, 24% y 17.11%, respectivamente. Dentro de las principales causas de mortalidad de carácter

²⁶² Doria Loria, *et al.*, "Tendencia de la mortalidad por cáncer en Argentina, Cuba y Uruguay en un periodo de 15 años", *Revista Cubana Salud pública*, núm. 2 (2010): 127-128; Luisa Torres, *et al.*, "Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011", *Salud pública de México*, núm. 5 (septiembre-octubre 2014): 477.

²⁶³ Jaime G. de la Garza Salazar & Paula Juárez Sánchez, *El Cáncer* (Nuevo León: UANL, 2014), 49-52.

²⁶⁴ Ricardo Ortiz Serrano, *et al.*, "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino", *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, núm. 2 (2004): 151.

²⁶⁵ Los padecimientos congénitos se pueden manifestar de forma tardía, inclusive después del periodo neonatal y posneonatal. De ahí que, todavía se presentaron decesos de mujeres y hombres durante los primeros años de vida cumplidos.

específico se puede demostrar aún más la discrepancia en la mortalidad por cierto tipo de enfermedades íntimamente relacionadas al sexo del individuo.

Cuadro 21
Principales causas de muerte. (sexo y porcentajes)

Posición	Hombre	% del total	Mujer	% del total		
1	Enterocolitis	549	9.12	Enterocolitis	521	9.32
2	Enteritis	407	6.76	Enteritis	520	9.30
3	Gastroenteritis y gastroenterocolitis	362	6.01	Nefritis	327	5.85
4	Heridas por proyectil de arma fuego	341	5.66	Gastroenteritis y gastroenterocolitis	312	5.58
5	Tuberculosis pulmonar	322	5.35	Bronconeumonía	285	5.10
6	Bronconeumonía	288	4.78	Diarreas	282	5.04
7	Cirrosis	239	3.97	Tuberculosis pulmonar	244	4.36
8	Diarreas	212	3.52	Caquexia senil	228	4.08
9	Herida por instrumento punzocortante	182	3.02	Arterioesclerosis	176	3.15
10	Nefritis	166	2.76	Bronquitis	176	3.15
11	Bronquitis	157	2.61	Neumonía	157	2.81
12	Neumonía	153	2.54	Lesión orgánica del corazón	100	1.79
13	Arterioesclerosis	98	1.63	Cáncer de la matriz y uterino	79	1.41
14	Caquexia senil	88	1.46	Insuficiencia mitral	66	1.18
15	Disentería	75	1.25	Senilidad	54	0.97
	Suma	3,639	60.42	Suma	3,527	63.06
	Enfermedades y/o causas restantes	2,384	39.59	Enfermedades y/o causas restantes	2,066	36.94

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

De acuerdo, al cuadro 21 provee de un acercamiento más perceptible sobre la incidencia sustanciales de ciertas enfermedades en la mortalidad de Orizaba. En el sexo masculino las tres primeras causas de muerte fue enterocolitis, enteritis y gastroenteritis y gastroenterocolitis, conformando el 9.12%, 6.76% y 6.01% correspondientemente en los fallecimientos totales en los hombres. De igual modo, estas afecciones provocaron en las mujeres el 9.32%, 9.30% y 5.58% del total de

defunciones de ese sexo. No obstante, la nefritis²⁶⁶ fue una enfermedad que se ubicó en el tercer puesto de mayor incidencia en las muertes femeninas con 5.85% y en los varones en el cuarto puesto los fenecimientos por heridas de proyectil de arma de fuego, aportando el 5.66% de los fallecimientos en hombres. Análogamente, el cáncer de la matriz y uterino ocasionó 79 decesos en mujeres, personificando el 1.41% de las muertes totales del sexo.

En modo particular, los decesos por nefritis en el sexo femenino ocasionaron el 73.48% de las muertes en mujeres padecimiento perteneciente a la agrupación de enfermedades del sistema genitourinario, donde dicho grupo tuvo una divergencia proporcional de muertes del sexo femenino respecto al masculino del 25.36%. Posiblemente, los fallecimientos de las mujeres por esta enfermedad y otros similares estuviera íntimamente relacionado al embarazo y el puerperio, entendiendo que la función renal presenta importantes cambios, tanto anatómicos como fisiológicos durante este período. Existe una alteración de las vías urinarias, el cual puede conllevar a una enfermedad renal afectando la evolución del embarazo, aumentando el riesgo a una mayor edad durante el embarazo y la cantidad de partos existentes en la mujer.²⁶⁷

Debe tomarse en cuenta que a principios del siglo XX en México las familias tenían alrededor de seis hijos en promedio, alcanzando en ocasiones un máximo de siete hijos por familia en la década de 1900 a 1910. Posteriormente, el crecimiento de la esperanza de vida de 27.6 en 1910 a 33.9 en 1930 y 38,8 en 1940 posibilitó la formación de familias más numerosas a un número potencial de hijos por mujer. En consecuencia, aumentó la fecundidad general en las generaciones nacidas en la primera mitad del siglo XX, entre 1900 a 1904 con un promedio de 5.1 hijos; de

²⁶⁶ La nefritis lúpica es una enfermedad rena de causa autoinmune donde el sistema inmunológico ataca las propias celular y órganos, además las mujeres que tienen enfermedad renal crónica corren un mayor riesgo de tener resultados negativos para la madre y el bebé

²⁶⁷ Hoy en día, estudios epidemiológicos han demostrado más frecuencia de enfermedades renales de mujeres que hombres y correlacionada a tasas de fecundidad elevadas, que puede contraproducir patologías urinarias en el embarazo y enfermedades como la preeclampsia. Comúnmente, las enfermedades genitourinarias son asintomáticas en las primeras etapas, y desde luego, no son detectadas hasta un período más crónico estos padecimientos. Cynthia Lorena Durán Alcaraz & Norberto Reyes Paredes, "Enfermedades renales y embarazo", *Rev Hosp Gral Dr. M. Gea González*, núm. 2 (mayo-agosto 2006): 87-89.

1910 a 1914 de 5.2; de 1927 a 1936 a 6.8; de 1937 a 1941 6.2; y de 1942 a 1946 5.6 hijos por mujer.²⁶⁸ Esto se traduce en un crecimiento demográfico para la etapa posrevolucionaria del país, no obstante, un incremento exponencial de embarazos y partos, que probablemente incentivó las defunciones durante el período de gestación, alumbramiento y puerperio, y además afecciones del sistema genitourinario, y con ello, problemas como el cáncer de matriz y útero.

De esta forma, la mortalidad por nefritis en el sexo femenino exhibe un carácter de desatención médica y cuidados adecuados en el embarazo. En Orizaba, los 118 decesos por causas durante el embarazo, parto y puerperio exhiben desde la obstetricia moderna una exigua atención de la medicina profesional y clínica de infecciones vaginales o renales de la mujer gestante. Asimismo, antepone una situación social de mujeres solteras sin ningún oficio con remuneración salarial, que seguramente limitó su alcance económico, social e incapacitó el nivel de su salud materna. A la vez, la relación nutricional de la mortalidad durante la gestación es un punto a considerar en una sociedad donde su consumo se confinaba al frijol, maíz, chile y algunas hortalizas, determinando una pobre obtención de proteínas, carbohidratos y vitaminas muy importantes en el embarazo de la mujer y el desarrollo del bebé, además, fue común la recuperación posparto dentro del hogar con el apoyo de la familia, amigos o conocidos, recurriendo a curadores sin formación o parteras “empíricas” en el alumbramiento.²⁶⁹

Ahora bien, los decesos de carácter específico en el sexo masculino expusieron otro tipo de factores sociales y culturales de la época. Por mencionar, la cirrosis se ubicó en el séptimo puesto con 3.97% de las muertes totales en varones, asimismo, los fallecimientos por heridas de instrumento punzocortante en el noveno lugar con 3.02%; sin embargo, las muertes por heridas de arma de fuego exteriorizaron un 5.66% de las muertes totales del sexo masculino en una cuarta posición. Estos índices evidencian en cierta medida la forma de asumir la

²⁶⁸ María Eugenia Zavala de Cosío, “Los antecedentes de la Transición Demográfica en México”, *Demografía histórica*, núm. 1 (julio-septiembre 1992): 112-113.

²⁶⁹ Claudia Agostoni, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el Porfiriato”, *Revistas UNAM* no. 19 (2000): 21.

masculinidad y su relación con la temeridad, demostrando conductas opresivas y violentas. De acuerdo, a Héctor Eloy Rivas durante el México posrevolucionario se constituyó un discurso en la construcción del nuevo Estado mexicano y la búsqueda de una identidad nacional, por tanto, se fabricaron una serie de ideas coligadas al cataclismo de rabia y violencia durante la etapa revolucionaria. Así, se edificó una imagen del mexicano voluble y vigorosa, una especie de estereotipo de hombre hermético, belicoso, impasible y valiente, el cual se envolvió con el consumo excesivo del alcohol, la dominación hacia las mujeres y una cadena de conductas abusivas, que hoy en día, englobamos como machismo.²⁷⁰

En otro aspecto, las enfermedades respiratorias fue el segundo grupo de causas con más defunciones en Orizaba, entre ellas, las más significativas como la tuberculosis pulmonar (5.35%); bronconeumonía (4.78%); bronquitis (2.61%); y neumonía (2.54%) en el sexo masculino. En cuanto al sexo femenino esas afecciones de carácter pulmonar tuvieron un impacto más en decesos en la bronconeumonía (5.10%); tuberculosis pulmonar (4.36%); bronquitis (3.15%); y neumonía (2.81%). Respectivamente, estos cuatro padecimientos representaron el 15.28% de las muertes totales en varones y en mujeres el 15.42%. En efecto, la literatura médica y estudios recientes han demostrado que las afecciones respiratorias son más frecuentes y, tienden aumentar en los grupos de edad más avanzados, especialmente en las mujeres y ancianos.²⁷¹

Por último, dentro de las causas principales en la mortalidad de las mujeres estuvieron las enfermedades íntimamente relacionadas con la edad y la etiología del propio padecimiento. De este modo, los fallecimientos por afecciones como

²⁷⁰ En efecto, en el municipio sonorense de Baviácora existió un acrecentamiento de los fallecimientos por accidentes y causas violentas en hombres, pasando del 72.2% en 1930 a 90% en la década de 1960, además, 4.5% de las muertes totales ocurridas en 1930 se debieron a decesos de varones por este tipo de motivos. Por otra parte, se evidenció que la edad de muerte asociada a este tipo de causas se ubicó entre los 15 hasta los 44 años de edad, concentrando en 1940 el 66.2% de las muertes ese rango de edad. Héctor Eloy Rivas, "¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora", *Estudios Sociales* núm. 26 (julio-diciembre 2005): 32-40.

²⁷¹ F. J. González, *et al.*, "Síntomatología respiratoria y función pulmonar en población geriátrica de una comunidad rural gallega: un estudio piloto", *Anales de medicina interna Madrid*, núm. 4 (2003): 184-185.

caquexia senil (4,08%), arterioesclerosis (3.15%), lesión orgánica del corazón (1.79%), insuficiencia mitral (1.18%) y senilidad (0.97%) figuraron en dicho listado. En primera instancia, este tipo de perecimientos en el sexo femenino estuvo ligado a su mayor esperanza de vida, y con ello, más cantidad de mujeres en edades adultas en decesos de carácter cardiovascular y de la vejez. En segundo lugar, está comprobado que las mujeres mueren más por enfermedades del corazón con respecto a los hombres, biológicamente emparentado a las hormonas reproductivas (estrógeno y progesterona), las cuales antes de la menopausia proporcionan una defensa frente a las enfermedades cardiovasculares, pero al terminar este período reproductivo tienden a elevarse los padecimientos del corazón en la mujer.²⁷²

Llegados a esta instancia, Orizaba como punto nodal social y económico proporcionó una serie de condiciones para la llegada de personas, que se enrolaron en el mercado laboral del importante ramo de comercio o de transformación de materias primas. Sin embargo, el análisis de la mortalidad por ramos de actividades productivas y de ocupaciones particulares demostró que primariamente los fallecimientos fueron de personas dedicadas al sector agropecuario y artesanal; si bien, la cantidad de obreros fue significativa también lo era de: jornaleros, albañiles, carpinteros, zapateros, panaderos, mecánicos, entre otros oficios. Lo anterior, plantea la movilización de personas de zonas aledañas o distantes, generalmente provenientes del sector rural, quienes factiblemente se desarrollaron de forma intermitente y, en algunos casos permanente en la ciudad de Orizaba. Así pues, se configuró una heterogeneidad de ocupaciones y una división social del trabajo.

Igualmente, las relaciones sociales y la economía de Orizaba a través del análisis de la mortalidad refrendan la normatividad de la época, en que el sexo

²⁷² Actualmente, diversos especialistas e investigadores de la salud han aseverado la ausencia de estudios y examen de los posibles factores sociales y económicos, que inciden en una mortalidad más elevada por afecciones cardíacas en mujeres, además de la carencia del conocimiento histórico de las enfermedades cardiovasculares en la humanidad. En Innovación para la vida en México, “Se necesita más investigación y perspectiva de género para mejorar la salud cardíaca de las mujeres”, <https://amiif.org/se-necesita-mas-investigacion-y-perspectiva-de-genero-para-mejorar-la-salud-cardiaca-de-las-mujeres/> (Fecha de consulta: 17 de junio 2022); Gaceta UNAM, “Las mujeres mueren más por enfermedades del corazón”, <https://www.gaceta.unam.mx/las-mujeres-mueren-mas-por-enfermedades-del-corazon/> (Fecha de consulta: 18 de junio 2022).

femenino se encargaba de tareas unilaterales de procreación, educación y atender a la familia en la privacidad del hogar. Por tanto, las mujeres se desempeñaron como amas de casa, en otros casos en servicios domésticos, venta de alimentos y en menor grado mujeres profesionistas en el ramo de la educación, la administración pública y el sector salud; desde luego, sin pasar por alto las obreras. Sin embargo, en Orizaba un 54.37% de su población era del sexo femenino, lo que nos orilla a reflexionar más a fondo el papel de la mujer durante la posrevolución, no solamente en términos demográficos, sino sociales, económicos y culturales.

En otro punto, el análisis del apartado evidenció lo ampliamente reconocido sobre la diferencia en la mortalidad entre sexos. Evidentemente, los hombres al tener una esperanza de vida menor y una mayor mortalidad prácticamente en todas las edades, exteriorizaron una sobremortalidad masculina en los rubros de edad de la infancia y adolescencia (1 a 19 años), pero este índice fue más alto en las agrupaciones etarias intermedias de la adultez (20 a 49 años). Naturalmente, la sobremortalidad masculina es muy reducida a partir de los 50 años, porque empieza a presentarse una mayor cantidad de muertes del sexo femenino con respecto al masculino.

Estas diferencias se deben a factores biológicos por una mayor longevidad del sexo femenino, pero no sintetizan el comportamiento de la mortalidad en ambos sexos, porque comportamientos sociales determinaron en la salud y la incidencia de enfermedades y causas en la mortalidad. En Orizaba se manifestó una mortalidad equitativa entre sexos en las principales enfermedades como las respiratorias y gastrointestinales, y de menor impacto como las infectocontagiosas. Con todo, otro tipo de afecciones en la mortalidad determinaron un papel peculiar de acuerdo al sexo. En el caso de los varones tuvo más intensidad los perecimientos por el consumo excesivo de alcohol y lesiones o causas externas, invitando a pensar el comportamiento sociocultural del hombre asumiendo la construcción de una imagen estereotípica del individuo viril, rudo e impulsivo, además, del impulso en la vida cotidiana de ingesta de bebidas embriagantes y la subordinación femenina, en gran medida por el discurso social de la posrevolución.

En cuanto a las mujeres hubo una vulnerabilidad marcada por la mortalidad respecto a su anatomía y fisiología durante el embarazo, parto y puerperio, aunque, simultáneamente a problemas cancerígenos -del aparato reproductivo-genitourinarios -nefritis- y del sistema circulatorio, interrelacionados a su propensión a vivir más años, la alta fecundidad y las inadecuadas atenciones o prevenciones durante la gestación y el parto. Asimismo, la asimilación de una masculinidad dominante y el varón como sostén de la familia, que orilló a la mujer afincarse en actividades no remuneradas económicamente, y con ello, impedir un acceso a una formación educativa y ocasionar dificultades en la atención de afecciones prevenibles. En ese sentido, debe considerarse trascendentalmente el estudio de los factores ligados a la cultura y el género, como componentes conductuales y modos de pensar, que actúan intrínsecamente en la mortalidad de grupos sociales y/o del sexo.

Por otro lado, existe una continuidad de los patrones de unión conyugal, debido a que la viudez es un fenómeno eminentemente del sexo femenino, y por razones naturales una esperanza de vida mayor y contraer nupcias en una edad joven. Lo anterior mencionado, va correlacionado con el discurso social de imponer la permanencia de la mujer en las actividades del hogar, orillando al matrimonio en bríos de formar una familia y asumir el rol de procreadora, desde un período precoz a diferencia del hombre. Éste por su parte con una tendencia a casarse en edades más adultas, seguramente esperando a obtener ingresos y compensar la madurez etaria con una estabilidad económica en la formación de una familia. De ahí que, en el análisis de las actas de defunción exista una disparidad característica de muchas viudas y pocos viudos, y, además, fallecimientos sobre todo de casados en edades avanzadas y de casadas en edades tempranas.

Finalmente, la amplia cantidad de solteros por encima de casados o viudos en la mortalidad de ambos sexos representó un alto porcentaje de personas jóvenes en la población de Orizaba. Entretanto, la mortalidad aportó una óptica sobre la posibilidad de la cohabitación o concubinato de parejas, sin estar formalmente casadas, y quizás ser remitidas como personas solteras a la hora de levantar el acta

de defunción. De modo que, considerar la llegada de personas jóvenes de la región u otros sitios del país, tanto de hombres como mujeres para obtener mejores niveles de vida, lo cual podría ser consecuencia del elevado índice de solteros en Orizaba. A pesar de ello, faltaría por profundizar algunos semblantes de la nupcialidad o unión de parejas, respecto a la influencia de mecanismos sociales y culturales o condicionantes de tipo económico en la organización poblacional a través del estado civil de sus habitantes.

3.2-LA MORTALIDAD INFANTIL.

Las muertes antes de cumplir el primer año de vida se conocen en el campo de la demografía y la salud como mortalidad infantil. Este concepto implica una preocupación sociodemográfica de las diversas y complejas determinaciones causales del óbito en recién nacidos y párvulos. En cierta manera, la muerte infantil está asociada a condiciones prevenibles de la sociedad, debido a que está íntimamente correlacionada a un escenario de míseras condiciones higiénicas, mala alimentación, ausencia de servicios médicos y sanitarios, falta de servicios públicos (agua, luz, drenaje) y pobreza. Cabalmente, el fortalecimiento de programas sociales y de salud permiten mejorar los niveles de vida, a través de campañas de vacunación, integración alimentaria, desinfección de focos patógenos y, propiamente mejoras urbanas y de limpieza tanto en viviendas como espacios públicos, que reducen extraordinariamente la incidencia de muertes infantiles.²⁷³

Ahora bien, la mortalidad infantil es considerada un indicador vital de las condiciones de vida de una población. Así, los niveles y tendencias que se desprenden de ella, adquieren una connotación cercana a la realidad social, económica, demográfica y, en nuestro caso histórica de un espacio y tiempo específico.²⁷⁴ En ese sentido, el análisis de la mortalidad en Orizaba durante la década de 1930 a 1940 posee una trascendencia profunda en las defunciones infantiles (enfermedades gastrointestinales, respiratorias y congénitas),

²⁷³ Bacci, *Historia mínima*, 205.

²⁷⁴ Alfonso S. González Cervera & Rosario Cárdenas Elizalde, *La medición de la mortalidad infantil. Los problemas y las alternativas*, 5.

entendiendo, que la gran cantidad de fallecimientos se suscitaron primordialmente en este sector poblacional; además, distinguiendo las condiciones ambientales y sociales como factores imprescindibles en la muerte de neonatos y niños.

A todo esto, para fines expositivos se amplió el espectro de análisis no solamente a la mortalidad infantil (menores de un año), sino a la mortinatalidad (pérdida de un bebé en el período de gestación o que nació muerto), la mortalidad preescolar (1-5 años) y la mortalidad escolar (6-12 años). De esta manera, se calculó la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Tasa de Mortinatalidad (TMN). Entretanto, el propósito del apartado no es pretender realizar una medición pulcra desde la demografía de las defunciones infantiles, empero favorablemente conformar un ejercicio versado y visualizando en medida de lo posible las vicisitudes históricas afines a la mortalidad infantil en Orizaba.

3.2.1.- “ESTÁ MI VIDA FRESCA RECIÉN MUERTA”²⁷⁵: LA MORTALIDAD INFANTIL EN ORIZABA.

En 1910, México era una sociedad cercana a 15 millones de habitantes un poco más de 6 millones era menor de los 15 años de edad y una cantidad sustancial de niños ilegítimos o huérfanos, quienes residían en orfanatos, asilos y/o talleres instruidos para aprender algún oficio.²⁷⁶ Los inspectores sanitarios expresaron el impacto sustancial de ciertas afecciones infectocontagiosas, cutáneas, degenerativas y asociadas a la ausencia de higiene personal de niños. Entre julio de 1908 y junio de 1910, el reconocido Dr. Manuel Uribe Troncoso²⁷⁷ realizó exámenes sobre las enfermedades concurrentes en escolares del país, donde un total de 27 mil 194 análisis mostraron padecimientos como pediculosis en un 27.72%, tiña un 8.14%, verrugas y sarna un 2.86%. Asimismo, se localizaron en el

²⁷⁵ Extracto del Poema XVII (Recuento de los peces) en Óscar de la Borbolla, *Los sótanos de Babel* (México, Letras Nuevas: SEP/CREA, 1986), 45-46.

²⁷⁶ Eugenia Meyer, *Los niños del Porfiriato y la Revolución Mexicana*, (México: Castillo, 2005), 318.

²⁷⁷ El Dr. Manuel Uribe Troncoso nació el 17 de junio de 1867 en la ciudad de Toluca. Se desempeñó primero como médico, y luego como director de la Beneficencia Española de México. Fue oculista en el Hospital de Jesús y en el Consultorio Central de la Beneficencia Pública; asimismo, fue jefe del Servicio de Higiene Escolar e Inspector General Médico de las Escuelas del Distrito Federal, así como fundador de los Anales de Higiene Escolar. En COLNAL, “Manuel Uribe Tronco”, <https://colnal.mx/integrantes/manuel-uribe-troncoso/> (Fecha de consulta: 03 de mayo 2022)

mismo estudio afecciones por sarampión, caries, amigdalitis y catarros, además, 7 mil 304 niños presentaron deficiencias por agudeza visual y 1 mil 156 por agudeza auditiva.²⁷⁸

El grave panorama de la salud infantil a fines del siglo XIX e inicios del XX en México se caracterizó por la desatención médica, las perniciosas condiciones de hacinamiento, la malnutrición, los malos hábitos de higiene y la carencia de servicios públicos de agua y drenaje. Por otra parte, la pobreza orilló a la clase baja a utilizar a los hijos en ciudades y localidades como mano de obra auxiliar para el sustento del hogar. Fue común que hijos de jornaleros ayudaran en el arado y el cultivo, mientras que, las infantas socorrían en las labores caseras de la morada al lado de sus madres. En espacios urbanos los chiquillos se vieron obligados a trabajar como mandaderos, voceadores, ayudantes y cargadores en mercados y en otro tipo de encargos, a la vez que, sobrevivían a situaciones de abandono o marginación.²⁷⁹ Estas aseveraciones confirmaron un contexto vulnerable y áspero en las condiciones de vida de la población infantil en aquellos años.

En ese contexto, en Orizaba se asentaron 7 mil 034 decesos de mortinatos hasta la edad de 12 años. Esta cantidad de óbitos correspondió al 46.61% de los fallecimientos totales habidos a lo largo del período de estudio. En paralelo, las muertes desde la etapa fetal hasta la edad escolar (12 años) confirmaron una grave incidencia de la mortinatalidad, la mortalidad infantil, preescolar (1-5 años) y escolar (6-12 años) en el espacio orizabeño. En esos grupos de edad, 1 mil 169 casos se dieron en mortinatos (16.61%); 2 mil 128 en menores de un año (30.25%); 3 mil 002 en edad preescolar (42.66%); y 735 en edad escolar (10.41%).

Cuadro 22
Fallecimientos en grupos etarios (mortinatos-12 años), Orizaba 1930-1940.

Grupo etario	Muertes	% de relación con la mortalidad prenatal a los 12 años	% de relación con la mortalidad general
Mortinatos	1,169	16.61	7.74
Mortalidad infantil (menores de un año)	2,128	30.25	14.10

²⁷⁸ Ana Cecilia Rodríguez, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Asociación Médica ABC*, núm. 4 (octubre-diciembre 2005): 188.

²⁷⁹ Meyer, *Los niños*, 319.

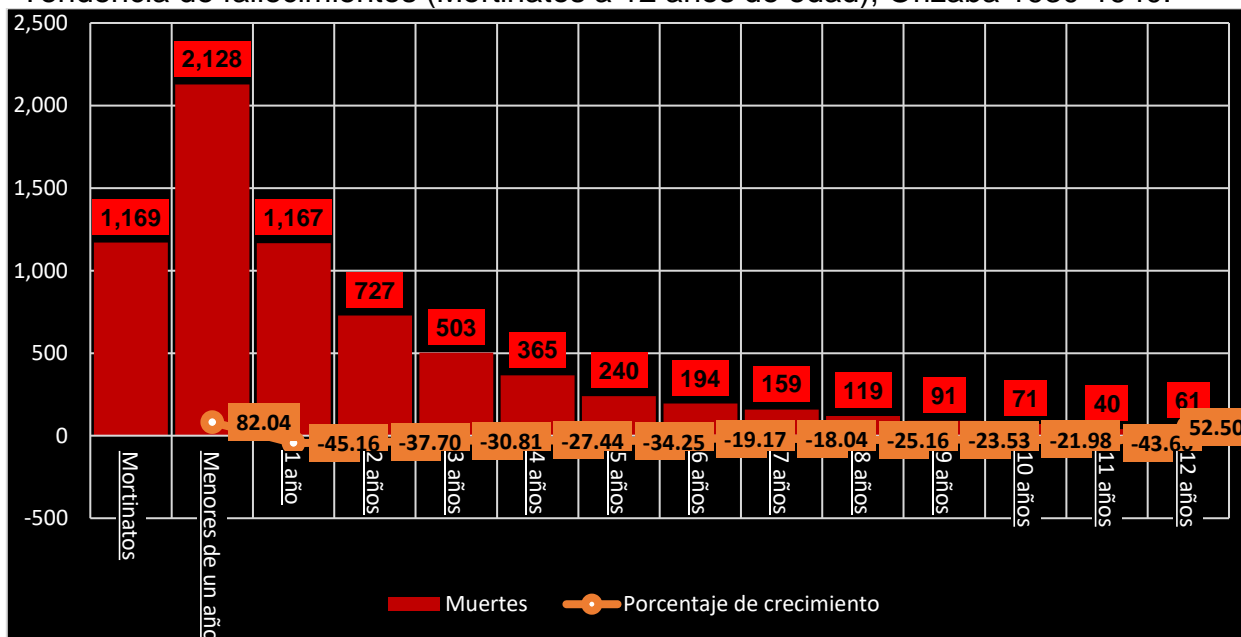
Mortalidad preescolar (1 año-5 años)	3002	42.66	19.89
Mortalidad escolar (6 años-12 años)	735	10.41	4.87

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

De cierto modo, la edad fue un factor primordial de sobrevivencia en los primeros años de vida. Se registraron menos decesos en grupos etarios más avanzados, como son los períodos de la niñez temprana (2-8 años) y la segunda infancia (9-12 años). Por mencionar, 2 mil 128 muertes se suscitaron en menores de un año, cifra que se redujo a 1 mil 167 a la edad de un año y, todavía fue más considerable su disminución de infantes de 2 años con 727 perecimientos, representando una disminución del 83.71%. Así pues, la extrema labilidad del organismo en formación y, quizás, la ausencia de las debidas atenciones en las primeras semanas y meses de vida de un recién nacido en conjunto a su alimentación y vigilancia de probables afecciones congénitas,²⁸⁰ resultó en muertes considerable en el primer año de vida.

Gráfica núm. 10

Tendencia de fallecimientos (Mortinatos a 12 años de edad), Orizaba 1930-1940.



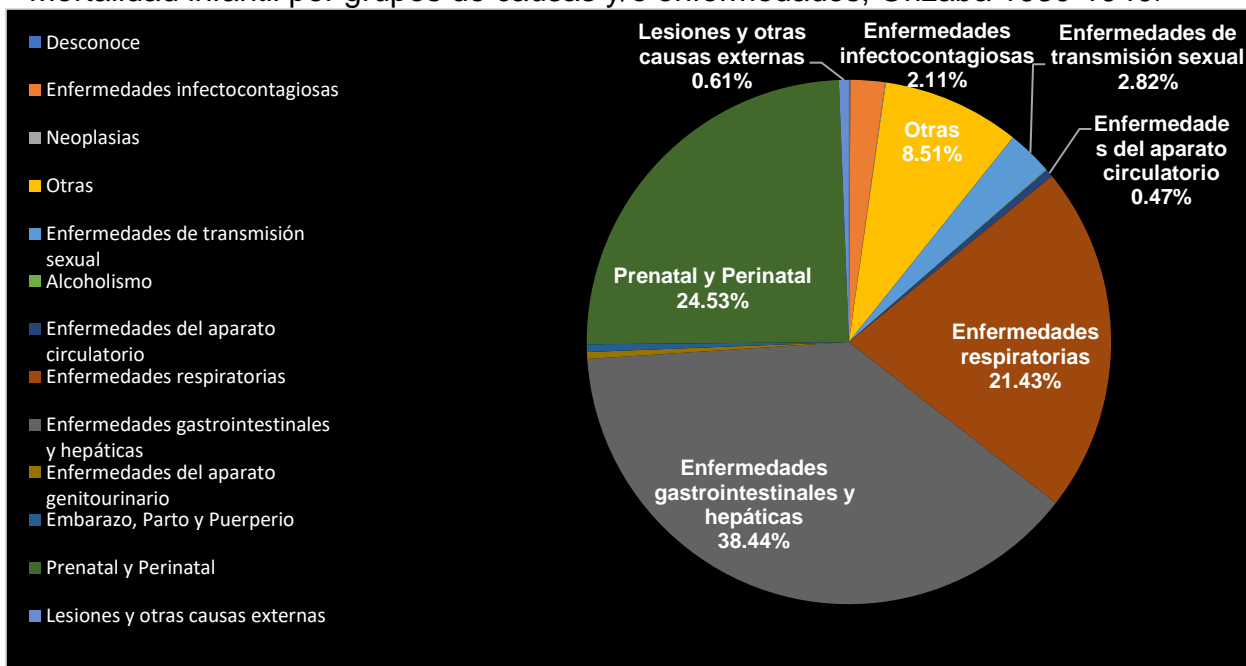
Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

²⁸⁰ El primer cuidado que debe recibir el recién nacido es colocarlo a una temperatura no inferior a 24 grados y someterlo a un aseo para quitarle mucosidades, sangre y meconio, en Hernán San Martín, *Salud y Enfermedad. Ecología humana. Medicina preventiva y social* (México, La Prensa Médica Mexicana, 1980), 391.

La dinámica demográfica de la mortalidad en grupos etarios tempranos refiere a una pésima condición de insalubridad, pobre nutrición de lactantes y condiciones de higiene infantil, por lo que, los neonatos y posneonatos fueron víctimas de enfermedades digestivas, respiratorias y naturalmente de carácter perinatal y prenatal. Además, la mortalidad infantil en Orizaba se restringió esencialmente a estas tres categorías al representar; un 38.44% en las defunciones por padecimientos gastrointestinales y hepáticos; 21.43% por males respiratorios; y 24.53% por problemas de origen prenatal y perinatal, que en conjunto representaron el 84.4% de decesos infantiles totales. En menor medida, estuvieron las muertes relacionadas por enfermedades de transmisión sexual (2.82%), padecimientos infectocontagiosos (2.11%), enfermedades del aparato circulatorio (0.47%) y otras (8.51%).

Gráfica núm. 11

Mortalidad infantil por grupos de causas y/o enfermedades, Orizaba 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Si bien, los fallecimientos por causa prenatal y perinatal no tuvieron el índice más importante en la mortalidad infantil, éste adquirió relevancia por su vínculo con la mortalidad neonatal. En un modo claro, la etapa perinatal considera las primeras 4

semanas de vida de un bebé; por consiguiente, los recién nacidos que llegaron a sobrevivir a trastornos congénitos (debilidad congénita, atrepsia infantil, meningitis infantil, falta de desarrollo, eclampsia infantil, sífilis congénita y problemas uterinos de la madre), posiblemente tuvieron una enorme dificultad para adaptarse al ambiente exterior, y por ello, una gran posibilidad de morir a las pocas horas, días o semanas de vida subsiguientes.²⁸¹

Cuadro 23
Mortalidad por grupos de causas y/o enfermedades, Orizaba 1930-1940.
(Neonatal, Posneonatal y Mortalidad infantil).

Grupos de causas y/o enfermedades	Neonatal (0-28 días)	Posneonatal (>28 días-12 meses)	Mortalidad infantil (0-12 meses)
<i>Desconoce</i>	2 (0.23%)	0 (0%)	2 (0.09%)
<i>Enfermedades infectocontagiosas</i>	8 (0.92%)	37 (2.92%)	45 (2.11%)
<i>Neoplasias</i>	0 (0%)	1 (0.07%)	1 (0.04%)
<i>Otras</i>	100 (11.56%)	81 (6.41%)	181 (8.51%)
<i>Enfermedades de transmisión sexual</i>	46 (5.31%)	14 (1.10%)	60 (2.82%)
<i>Alcoholismo</i>	1 (0.11%)	0 (0%)	1 (0.04%)
<i>Enfermedades del aparato circulatorio</i>	6 (0.69%)	4 (0.31%)	10 (0.47%)
<i>Enfermedades respiratorias</i>	138 (15.95%)	318 (25.17%)	456 (21.43%)
<i>Enfermedades gastrointestinales y hepáticas</i>	127 (14.68%)	691 (54.71%)	818 (38.44%)
<i>Enfermedades del aparato genitourinario</i>	1 (0.11%)	8 (0.63%)	9 (0.42%)
<i>Embarazo, Parto y Puerperio</i>	6 (1.15%)	4 (0.31%)	10 (0.46%)
<i>Prenatal y Perinatal</i>	426 (49.24%)	96 (7.60%)	522 (24.53%)
<i>Lesiones y otras causas externas</i>	4 (0.46%)	9 (0.71%)	13 (0.61%)
Total	865 (100%)	1,263 (100%)	2,128 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

De acuerdo, al cuadro 23 las enfermedades con más impacto en la mortalidad de neonatos (0-28 días), por razones obvias, fue las causas de origen prenatal y perinatal con un 49.24% de los decesos a diferencia del 7.60% en el posneonatal (>28 días-12 meses). Lógicamente, entre los perecimientos por enfermedades respiratorias para el grupo neonatal representó el 15.95%, mientras en el posneonatal un 25.17%, asimismo, las muertes por males gastrointestinales y hepáticos en neonatos fue del 14.68% y el 54.71% en el posneonatal. Por otra parte, las enfermedades infectocontagiosas incidieron en el 2.92% de los decesos posneonatales y 0.92% en neonatos; pero, curiosamente el grupo neonatal se vio

²⁸¹ Martín, *Salud y Enfermedad*, 397.

más afectado por enfermedades de transmisión sexual con el 5.31% en contraste del 1.10% en el posneonatal.

Evidentemente, el neonato por sus condiciones de salud lo contraponen a morir por enfermedades etiológicamente asociadas a problemas congénitos y, en menor grado, como sucede con los posneonatos por el estado débil del sistema inmunitario de su organismo precoz son vulnerables a enfermedades de carácter exógeno, por mencionar, enfermedades del aparato digestivo, respiratorio e infectocontagioso. Al haber una mayor cantidad de muertes en la agrupación posneonatal determinó una mortalidad infantil identificada por afecciones gastrointestinales y hepáticas (diarrea, gastroenteritis, gastroenterocolitis, enteritis, enterocolitis, infección intestinal) y por enfermedades del sistema respiratorio (bronquitis, bronconeumonía, pulmonía, neumonía, gripes y catarros), las cuales aglomeraron el 59.87% de los decesos en los menores de un año.

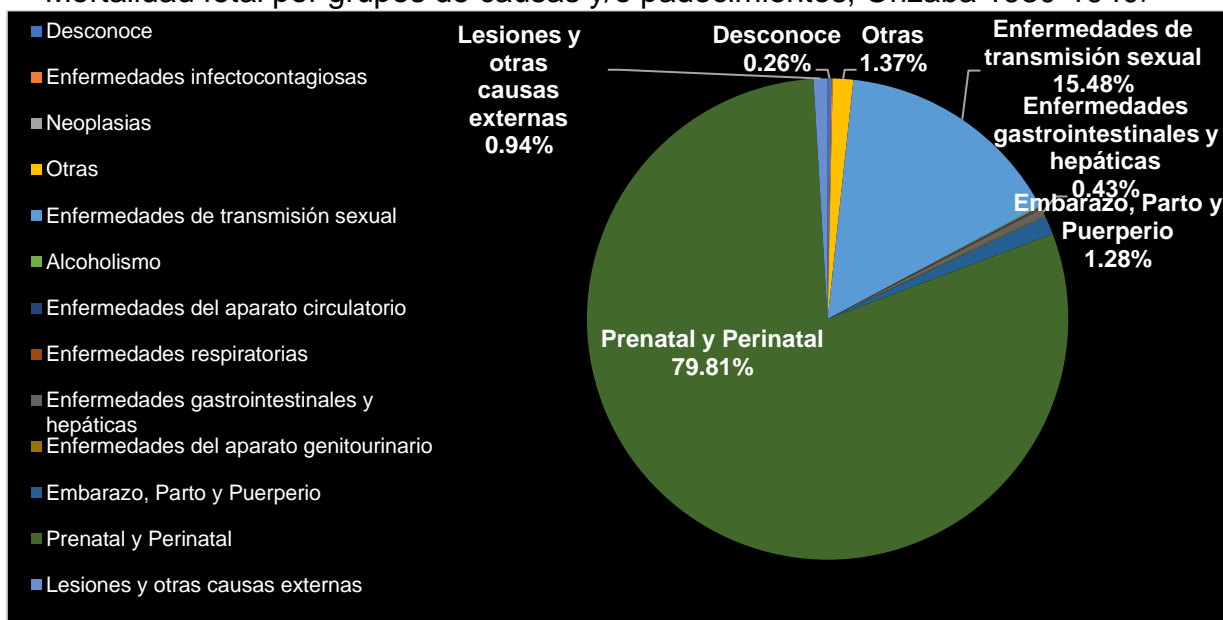
En *Medicina Preventiva e Higiene* del médico Salvador Bermúdez²⁸² proporciona un testimonio de los graves problemas en la salud infantil en la primera mitad del siglo XX en México. Afirmaba, que algunas madres daban de comer a sus bebés, quienes sin ninguna noción de higiene infantil proporcionaban ciertos alimentos sucios, indigestos e impropios como tortilla, pan, carne y frijoles, además, el pulque era parte de este régimen alimentario: “para que el niño se vaya acostumbrando”.²⁸³ En alguna medida, seguramente este tipo de prácticas y costumbres en torno a la infancia de aquellos años determinó el grave problema de trastornos metabólicos y de desnutrición, que se vio reflejado en una mortalidad infantil preferentemente por patologías digestivas (38.44%) en Orizaba.

²⁸² Salvador Bermúdez fue un médico cirujano, egresado de la Escuela Nacional de Medicina de México en 1921, en 1923 obtuvo el grado de maestría en Salubridad Pública en la Universidad Johns Hopkins. Entre 1922-1923 fue comisionado por el Departamento de Salubridad y la UNAM para hacer estudios de Higiene en Estados Unidos y París, además, fue becado por la Fundación Rockefeller para la realización de sus estudios en Francia. De 1928 a 1938 fue director de la Escuela de Salubridad. En 1938, fue admitido como socio de la Academia Nacional de Medicina. Falleció el 23 de agosto de 1972 en la ciudad de México en Anuario de las actividades docentes. Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. En Catalogo INSP, <https://catalogoinsp.mx/files/18622.pdf> (Fecha de consulta: 25 de abril de 2022).

²⁸³ Bermúdez, *Medicina Preventiva*, 261.

Dentro de este marco, la mortinatalidad tuvo una realidad completamente distinta a la mortalidad infantil. Por cuestiones evidentes, la naturaleza de los padecimientos de carácter perinatal y prenatal y las defunciones durante labor de parto (asfixia por cordón umbilical, traumatismo en parto, asfixia por parto laborioso) fueron las principales causas de muerte en fetos o nacidos muertos, que representó un 79.81% y 1.28% en la mortinatalidad, respectivamente. Sin embargo, la mortinatalidad se vio vitalmente producida por la sífilis, debido a que esta enfermedad ocasionó el 15.48% de los mortinatos. Por ende, la mortinatalidad se vio constreñida profundamente con base en la muerte de fetos o nacidos muertos por enfermedades sufridas por los progenitores.²⁸⁴

Gráfica 12
Mortalidad fetal por grupos de causas y/o padecimientos, Orizaba 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Efectivamente, la mortinatalidad como la mortalidad neonatal está íntimamente estrecha a factores que se desencadenan antes o durante del embarazo, en labor de parto y el alumbramiento. Se ubican factores generales condicionados por la salud, nutrición y estatus social de la madre (edad materna, peso, escolaridad y estrato social), y componentes específicos desde antecedentes patológicos, en

²⁸⁴ Martín, *Salud y Enfermedad*, 125.

especial endocrinopatías, hipertensión arterial, nefropatías, desnutrición e infección en vías urinarias de la progenitora en el desarrollo fetal y neonatal del hijo. Además, la falta de vigilancia prenatal afecta la evolución del embarazo, y se convierte en un alto riesgo de mortinatalidad, de ahí que, es vital atender problemas congénitos y soslayar posibles afecciones a través de atenciones médicas, clínicas y nutricionales en la salud materna.²⁸⁵

En Orizaba, 7.74% de las muertes totales fueron de mortinatos uno de los grupos etarios con más decesos, sólo por detrás de los menores de un año (14.10%) y de 1-4 años (18.31%). Probablemente, demostrando la ausencia y/o resistencia de la sociedad por asistir y atenderse en recintos clínicos y médicos profesionales. Al mismo tiempo, este significativo porcentaje de mortinatos por enfermedades de transmisión sexual estuvo correlacionado a decesos de carácter congénito. De acuerdo, a los registros de defunción 187 muertes por sífilis se suscitaron en mortinatos, 60 en menores de un año y únicamente 8 entre 1 a 12 años de edad. Cabe recordar, que la sífilis junto a otras enfermedades de transmisión sexual permanecía oculta, tanto por la población como los médicos, quienes mantenían a las sombras la causa de muerte en fetos o recién nacidos, señalando el motivo del deceso por “falta de desarrollo” o “debilidad congénita”.²⁸⁶

De hecho, en Orizaba la mortalidad en fetos hasta los 12 años de edad por padecimientos de transmisión sexual tuvo los siguientes apelativos: “heredo sífilis”, “sífilis heredada”, sífilis materna o de la madre” o “heredo lúes”, inscritos en 255 actas de defunción. No obstante, el término *sífilis heredada* es equivocado por ser un problema congénito transmitido por contagio intrauterino. En otras palabras, la sífilis no únicamente se trasfiere a los hijos, sino puede desencadenar padecimientos como distrofias, lesiones o deficiencia motora. De ahí que, el Dr. Salvador Bermúdez expuso que el 50% de los abortos y partos prematuros a mitad del siglo XX fue a causa de la *sífilis congénita* y; usualmente, el sigilo de

²⁸⁵ Rogelio Valdez González, “Origen de la morbilidad neonatal”, *Ginecol Obstet Mex* 2006, vol. 74, núm. 4 (abril 2006): 216.

²⁸⁶ Miguel Ángel Cuenya Mateos, *Revolución y Tifo en la ciudad de Puebla 1915-1916* (México, BUAP: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vález Pliego”, 2008), 94.

padecimientos sexuales fue por ser considerados deshonorosos y escapar a todo tratamiento médico utilizando remedios caseros o la automedicación.²⁸⁷

En cuanto a la mortalidad preescolar (1-5 años) y la mortalidad escolar (6-12 años) se mostró una sintonía parecida a la mortalidad infantil, debido a los altos porcentajes de decesos por afecciones gastrointestinales y respiratorias. La primera agrupación representó 62.72% de las muertes en edad preescolar y 59.04% en edad escolar, mientras las afecciones respiratorias ocasionaron el 21.08% y 15.64%, equitativamente. En conjunto, la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio y gastrointestinales y hepáticas aglomeraron el 84.52% de los fallecimientos en el grupo preescolar y el 74.68% en el escolar. Por lógica, las defunciones por padecimientos de origen prenatal y perinatal disminuyeron al 1.06% en preescolares y no hubo ninguna muerte por esta serie de padecimientos en edades escolares. No obstante, a diferencia de la mortalidad infantil donde el 2.11% fue por enfermedades infectocontagiosas, en la edad preescolar y escolar aumentó al 7.06% y 8.57% respectivamente.

Cuadro 24
Mortalidad por grupos de causas y/o enfermedades, Orizaba 1930-1940.
(Preescolar y Escolar).

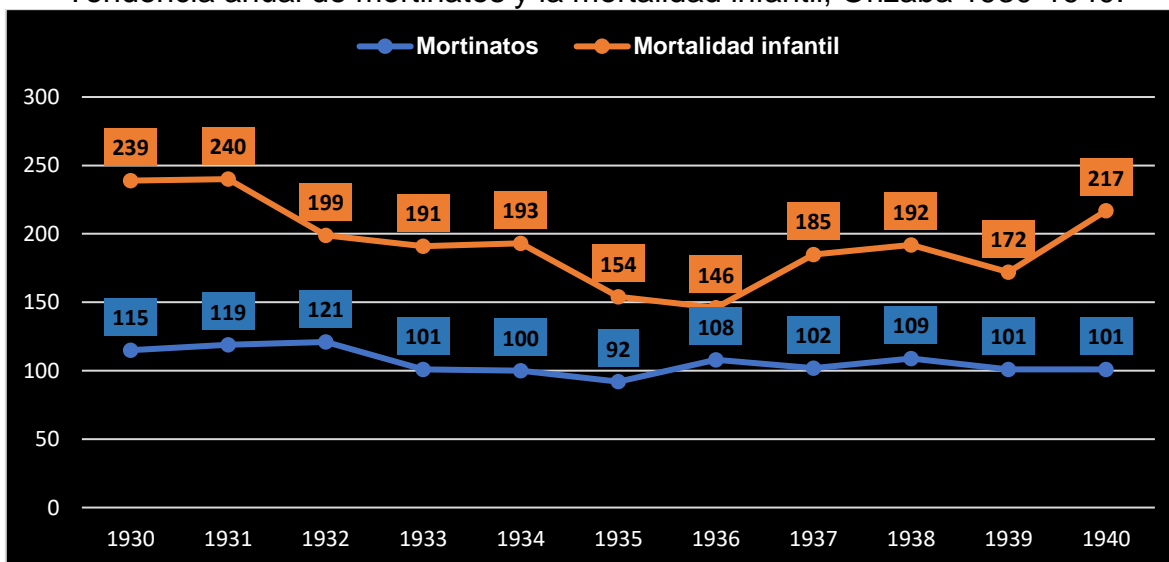
Grupos de causas y/o enfermedades	Preescolar (1-5 años)	Escolar (6-12 años)
<i>Desconoce</i>	2 (0.06%)	2 (0.27%)
<i>Enfermedades infectocontagiosas</i>	212 (7.06%)	63 (8.57%)
<i>Neoplasias</i>	0 (0%)	1 (0.13%)
<i>Otras</i>	145 (4.83%)	44 (5.98%)
<i>Enfermedades de transmisión sexual</i>	10 (0.33%)	2 (0.27%)
<i>Alcoholismo</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Enfermedades del aparato circulatorio</i>	8 (0.26%)	17 (2.31%)
<i>Enfermedades respiratorias</i>	633 (21.08%)	115 (15.64%)
<i>Enfermedades gastrointestinales y hepáticas</i>	1883 (62.72%)	434 (59.04%)
<i>Enfermedades del aparato genitourinario</i>	39 (1.29%)	30 (4.08%)
<i>Prenatal y perinatal</i>	32 (1.06%)	0 (0%)
<i>Embarazo, Parto y Puerperio</i>	5 (0.16%)	0 (0%)
<i>Lesiones y causas externas</i>	33 (1.09%)	27 (3.67%)
Total	3002 (100%)	735 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

²⁸⁷ Bermúdez, *Medicina Preventiva*, 256, 442.

Sin duda, la mortalidad del grupo preescolar y escolar tuvo este comportamiento debido a su misma característica etaria, la cual está condicionada por un tiempo más amplio de convivencia con el ambiente de un espacio, es decir, una vida activa del niño al integrarse y sociabilizar entre una población y donde cohabita. Por ende, existe una mayor incidencia de enfermedades digestivas, respiratorias y contagiosas, asociada también a carencias en el hábito de la higiene personal, mala alimentación, falta de vestido, desatención médica y de servicios públicos. En consecuencia, el preescolar y escolar se ve más acosado por padecimientos exógenos a diferencia de edades más tempranas, por mencionar: parásitos intestinales, diarreas, empachos, caries dentarias, catarros, liendres y piojos, defectos de la vista y el oído; sumado, a problemas como sarampión, viruela, disentería, tifoidea, tuberculosis, entre otros padecimientos.²⁸⁸

Gráfica 13
Tendencia anual de mortinatos y la mortalidad infantil, Orizaba 1930-1940.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Por otro lado, la propensión anual de la mortinatalidad y mortalidad infantil dio una imagen en que los primeros años del decenio tuvieron cifras más elevadas de muertes en ambos grupos a diferencia de la segunda mitad del decenio.

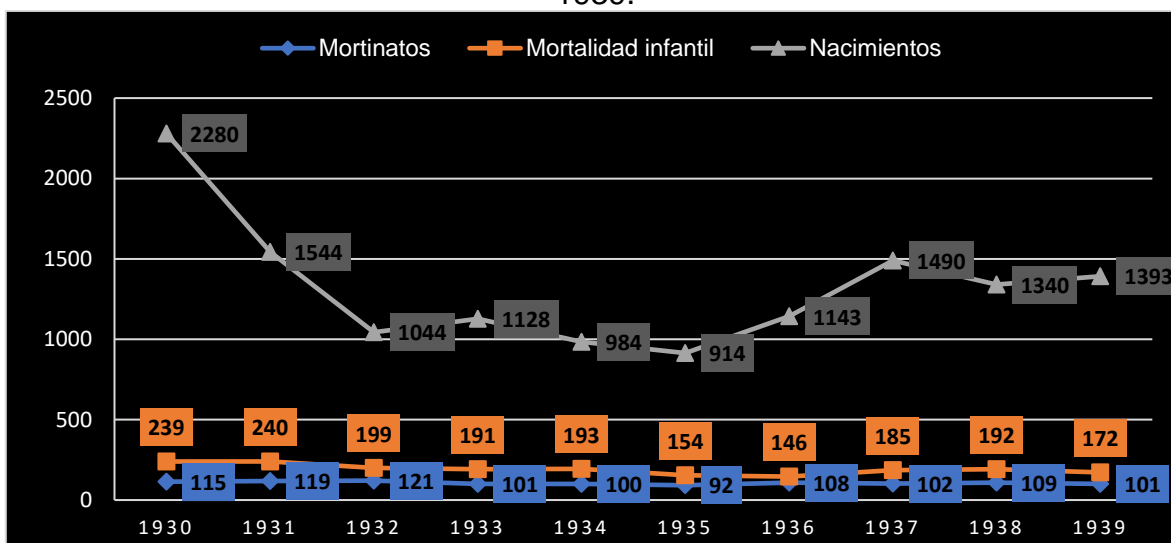
²⁸⁸ Martín, *Salud y Enfermedad*, 412-413.

Especialmente, los tres primeros años (1930-1932) representaron 678 óbitos en menores al año de edad y 355 en mortinatos, o sea, el 31.86% y el 30.36% de las muertes durante la década en ambas agrupaciones. En cambio, existió un declive a mitad del decenio, sobre todo, a partir de 1933 hasta 1935 con un crecimiento del índice de mortalidad en 1936. Estos resultados llevan a pensar que eventualmente los esfuerzos en materia de salud, higiene y medicina preventiva por parte de las autoridades posrevolucionarias y la llegada del sexenio de Cárdenas (1934-1940), dio signos de mejoría en el decrecimiento de mortinatos y óbitos infantiles; no obstante, dicho comportamiento oscilatorio correspondería quizás a problemas asociados a la calidad de información y subregistro de actas de defunción.

Pese a ello, entre 1930 a 1939 la conducta anual de la mortinatalidad y la mortalidad infantil estuvo condicionada significativamente a los nacimientos habidos a lo largo del decenio en Orizaba.²⁸⁹ En la gráfica 14 se evidenció que en 1930 por 239 decesos de menores de un año y 115 mortinatos se registraron 2 mil 280 nacimientos, siendo éste el año con más nacimientos de la década. Igualmente, entre 1937 a 1939 se dieron una cantidad significativa de nacimientos y fallecimientos de infantes y mortinatos. Sin embargo, entre 1932 hasta 1935 fueron años con cifras reducidas de nacimientos, pero índices altos de la mortalidad infantil, entre 1932 a 1934. En cambio, la mortinatalidad tuvo un desarrollo más uniforme, siendo 1935 el año con menos perecimientos en ese grupo, apenas 92 casos. Más allá de lo anterior, se percibió un punto de inflexión a mitad del decenio (1935), donde se inicia un distanciamiento entre las tres tendencias (nacimientos, mortinatalidad, mortalidad infantil), lo que comprobó que la segunda mitad del período de análisis tuvo un mejor desarrollo poblacional por una cantidad cuantiosa de nacimientos y reducidas defunciones infantiles.

²⁸⁹ Infortunadamente, en el repositorio documental microfilmado de *Family Search* solamente los registros vitales llegan hasta 1939. Sin embargo y por fortuna, en el Archivo Municipal de Orizaba se encontraron las actas de defunción de 1940, las cuales ayudaron a tener información de la mortalidad del último año del período de análisis. En AMO, Registro Civil, Defunciones, Caja 944, Número 29, Expediente Certificados, 1940, 1-322 f.

Gráfica 14
Tendencia anual de mortinatos, mortalidad infantil y nacimientos, Orizaba 1930-1939.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Llegados a esta instancia, se realizó un acercamiento sobre la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de Orizaba.²⁹⁰ Entre 1930 a 1939 hubo 1 mil 911 decesos de infantes menores al año de edad y 13 mil 260 nacimientos, por lo que la TMI fue de 144.18. Específicamente, entre 1931 a 1935 hubo una TMI elevada a diferencia de los años correspondientes de la segunda mitad de la década. A partir de 1936 hasta 1939 se presentaron TMI más bajas, siendo la más alta de 143.28 en 1938, que estaba muy por debajo de algunos años de la primera mitad de la década. No obstante, 1930 presentó la TMI más baja del período y 1934 la más alta; respectivamente, 104.82 y 196.14. Lo anterior se debe, porque 1930 fue el año con más nacimientos y, particularmente 1934 fue el segundo año con menos nacimientos del decenio, por

²⁹⁰ Un cálculo sencillo es el número de muertos menores de 1 año por mil entre el número de nacimientos registrados en un año. En este caso, el cálculo de cada uno de los años que conforman la década de 1930 a 1939.

lo que, la relación proporcional entre nacimientos y defunciones exhibió estos índices.

Cuadro 25
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), Orizaba 1930-1939. (Por mil nacimientos).

Año	Mortalidad infantil	Nacimientos	TMI
1930	239	2,280	104.82
1931	240	1,544	155.44
1932	199	1,044	190.61
1933	191	1,128	169.33
1934	193	984	196.14
1935	154	914	168.49
1936	146	1,143	127.73
1937	185	1,490	124.16
1938	192	1,340	143.28
1939	172	1,393	123.47
1930-1939	1,911	13,260	144.11

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción y nacimientos del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

La TMI aporta una percepción distinta sobre el comportamiento de óbitos de menores a un año de edad en Orizaba. La tendencia de la TMI no es regular, sino irregular con disminuciones y crecimientos. De igual modo, al elaborar la Tasa de Mortinatalidad (TMN), el índice de muertes de fetos y nacidos muertos demostró un comportamiento similar como la TMI. Así, en 1930 fue el año con la TMN más baja, apenas de 50.44; seguida por 1937 (68.46); 1939 (72.51); 1931 (77.07); y 1938 (81.34). A diferencia de la TMI, donde fue 1935 un año de una caída primordial de este índice en el caso de la TMN su punto de declinación se localizó en 1936 (94.49); propiamente, entre 1936 a 1939 son índices de una TMN regular comparada con la de 1932 a 1935, que no descienden de los 100 puntos.

Cuadro 26
Tasa de Mortinatalidad (TMN), Orizaba 1930-1940. Por mil nacimientos)

Año	Mortinatos	Nacimientos	TMN
1930	115	2,280	50.44
1931	119	1,544	77.07

1932	121	1,044	115.90
1933	101	1,128	89.54
1934	100	984	101.63
1935	92	914	100.66
1936	108	1,143	94.49
1937	102	1,490	68.46
1938	109	1,340	81.34
1939	101	1,393	72.51
1930-1939	1,068	13,260	80.54

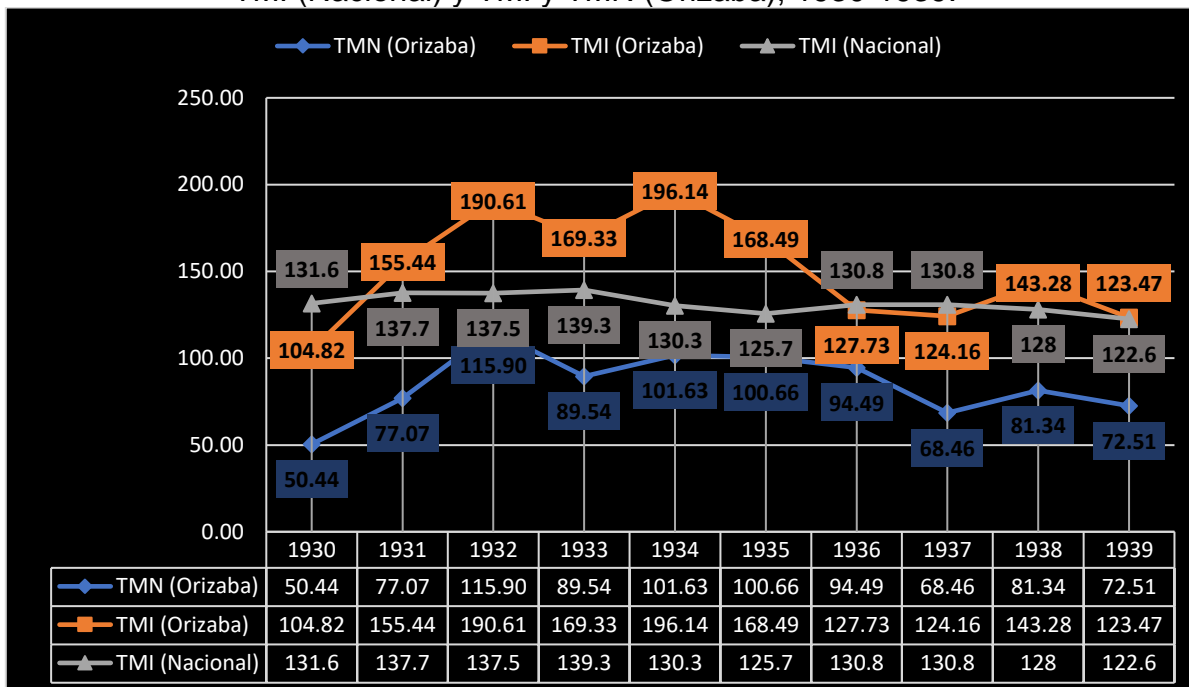
Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción y nacimientos del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Dicho lo anterior, es sabido por los especialistas sobre las diferentes irregularidades de los registros civiles y parroquiales en la investigación histórica demográfica, por tanto, los cálculos de índices son aproximaciones del posible desarrollo demográfico en México en períodos pasados. De todos modos, entre 1896 a 1910 a nivel nacional la TMI osciló alrededor de las 300 defunciones en menores de un año por cada mil nacimientos. Ulteriormente, entre 1911 a 1921 no hay cálculos precisos por la ausencia de información; no obstante, entre 1926 a 1929 la TMI fue de 219 y de 1930 a 1940 hubo un descenso del 15%, pasando de 145.6 a 123.8.²⁹¹

En ese marco, la gráfica 15 ilustró una TMI nacional comparada a la TMI de Orizaba, si bien, existe en ambas una predisposición a la baja para la segunda mitad de la década, no minimiza que la TMI de nuestro espacio de interés actuó irregularmente. Estas discrepancias del contexto nacional y local, pueden estar dinamizadas por subregistros de nacimientos y defunciones infantiles, y propiamente del tamaño geográfico de análisis. Pese a esto, tanto la TMI y la TMN de Orizaba en comparación a la TMI nacional promueven la idea de que los años entre 1931 a 1935 son más mortíferos para los recién nacidos e infantes; de hecho, los años de 1930, 1936 y 1937 se mostraron con índices de una TMI local por debajo de la nacional.

²⁹¹ Víctor L. Urquidi, *Dinámica de la Población de México* (Centro de Estudios Económicos y Demográficos: El Colegio de México, México, 1970), 150-151.

Gráfica 15
TMI (Nacional) y TMI y TMN (Orizaba), 1930-1939.



Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción y nacimientos del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search; Eduardo Cordero, "La subestimación de la mortalidad infantil en México" en Ignacio Almada Bay (comp.), *La mortalidad en México, 1922-1975* (México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982), 209.

Por otro lado, en un listado de las diez principales causas de muerte mismas que reunieron el 88.87% de mortinatos; 75.89% de la mortalidad infantil; 83.04% de la mortalidad preescolar; y, por último, 70.88% de la mortalidad escolar. Demostró claramente la convergencia de mortinatos en torno a enfermedades como endometritis materna, sífilis congénita, distocia fetal, falta desarrollo y debilidad congénita. En cuanto a la mortalidad infantil por problemas tanto de carácter gastrointestinal y respiratorio, y en menor grado afecciones congénitas, tales como gastroenteritis, gastroenterocolitis, enterocolitis, bronquitis, bronconeumonía y en menor grado, debilidad congénita, diarreas, atrepsia infantil y sífilis congénita.

De igual modo, en la mortalidad preescolar fue notoria la incidencia de afecciones del sistema digestivo, respiratorio y, en menor grado, patologías infectocontagiosas. Similarmente, la mortalidad escolar presentó un comportamiento inclinado a ese tipo de enfermedades. En estas dos últimas agrupaciones etarias hubo un porcentaje muy representativo de decesos por

parásitos y lombrices (ascárides lumbricoides, helmintiasis y colibacilosis) y patologías como la disentería, el sarampión y la tuberculosis (todas las formas que se presenta esta patología). (Véase Apéndice 19-Cuadro 19).

En modo específico, las principales causas de la mortalidad infantil en Orizaba parecen coincidir con el panorama nacional del período. Entre 1929 a 1931, fueron particularmente afecciones de carácter digestivo, respiratorio, congénito e infectocontagioso los que provocaron más decesos en infantes a lo largo y ancho de la República. Sin embargo, a diferencia de lo sucedido en el espacio orizabeño en el país sobresalieron muertes en menores de un año por tétanos, disentería, sarampión, paludismo y tos ferina. Probablemente, Orizaba al ser una ciudad de pequeña extensión territorial pero urbanizada con un clima templado, motivó preeminentemente enfermedades digestivas, respiratorias y congénitas. Pese a ello, la acuciente consulta de las actas de defunción permite dar luz y profundidad del impacto sobre algunas causas como la sífilis, las diarreas y los problemas congénitos en la mortalidad infantil a diferencia de las estadísticas generales.

Cuadro 27
Diez primeras causas y/o enfermedades de la mortalidad infantil, México 1929-1931.

Puesto	Causas	Defunciones 1929-1931
1	Diarreas y enteritis	86,005
2	Influenza y neumonía	64 886
3	Debilidad congénita	47,482
4	Tos ferina	24,609
5	Bronquitis	16,721
6	Paludismo	13,513
7	Viruela	10,148
8	Tétanos	8,200
9	Disentería	6,604
10	Sarampión	6,546

Fuente: “Cuadro 7 causas principales de mortalidad en menores de un año República Mexicana, 1929-1931”, Miguel Bravo-Becherelle, “Causas principales de mortalidad en México, según edad y sexo” en Ignacio Almada Bay (comp.), *La mortalidad en México, 1922-1975* (México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982), 69.

En última instancia, los resultados hasta aquí expuestos de la mortalidad infantil, evaluando, a su vez, la mortinatalidad, la mortalidad preescolar y la mortalidad escolar son parte de un interés y esfuerzo por entrever un estudio de historia regional sobre aquellos fenómenos demográficos, que no plenamente se conducen igual a las dinámicas nacionales y/o globales. Esa atención también parte sobre el proceso en que las naciones potencialmente capitalistas tuvieron una Transición Demográfica desde mediados del siglo XVIII y a mitad del siglo XIX, mientras que naciones subdesarrolladas como las latinoamericanas tuvieron con una ralentización de 100 años, respecto a la cronología de países industrializados.

Los resultados parciales del análisis de la mortinatalidad, mortalidad infantil, escolar y preescolar en la década de 1930 a 1940 en Orizaba obliga a pensar que los mortinatos y decesos de lactantes, neonatos y párvulos exteriorizaron índices elevados; debido, en gran parte a las condiciones perniciosas para la salud infantil. Por tanto, se reitera la grave ausencia de servicios públicos, malos hábitos alimenticios y de higiene, pobres condiciones de hacinamiento, rechazo y/o falta de los servicios de salud pública en la población y la ignorancia de los cuidados oportunos en recién nacidos. Sin embargo, quizás el esfuerzo en materia de medicina preventiva, servicios clínicos y reglamentos higiénicos de la época posrevolucionaria y dinamizados aún en el sexenio de Lázaro Cárdenas aportaron un impacto gradual en la salud de los mexicanos. Pese a esto, susodicho argumento es insuficiente para explicar con envergadura esa paulatina reducción, especialmente de la mortalidad infantil en Orizaba durante la segunda parte de la década de los 30's.

En otra perspectiva, diversos especialistas de la demografía entre ellos Massimo Livi Bacci han señalado que la Transición Demográfica junto a la reducción de la mortalidad infantil en países como México, no se debió a profundos cambios en los patrones de población o a una economía industrializada, sino más bien a la inercia mundial de avances científicos y técnicos en el área de la medicina de naciones más avanzadas, lo cual permitió reducir la TMI de países subdesarrollados

en Latinoamérica, África y Asia, y que apenas llegaron a ostentar una esperanza de vida de 40 años hasta 1950.²⁹²

3.3.-MOVILIDAD Y AVECINDAMIENTO DESDE LA MORTALIDAD.

Entre las posibilidades de análisis histórico y social en torno a la mortalidad, existen algunos componentes de poco tratamiento en la literatura de la historia demográfica. Uno de los temas obviados es aquel que se concentra en la movilidad de sujetos y percibe el establecimiento de aquellas personas, quienes conforman una población, y desempeñan un papel social y económico determinante en el perfil social de un determinado espacio. Ciertamente, se reconoce la demanda de presentar parámetros e interpretaciones de carácter histórico, sociológico y económico, entre otro tipo de deducciones especializadas para este tipo de ejercicio. Aunque, no debe eludirse el reconocimiento a través del análisis de la mortalidad un mecanismo de observación, el cual logre valorar las características de los habitantes, que son parte de un desplazamiento geográfico y se arraigan en un lugar particular.²⁹³

Dicho lo anterior, el siguiente apartado pretendió aproximarse a la procedencia y el avecindamiento en Orizaba, con base en las actas de defunción a lo largo de la década de análisis. En ese sentido, permitir una expectativa histórica sobre la movilidad y el emplazamiento, que se suscitó al contemplar en la urbe orizabeña un lugar atractivo para el arribo de personas. En síntesis, el propósito recae en una exploración que exponga el flujo migratorio, y concebir los contrastes de carácter social y económico, alrededor del origen y la vecindad a partir de la mortalidad.

3.3.1.-AVECINDADOS, TRASIEGO Y EMPLAZAMIENTO EN ORIZABA.

A lo largo de la historia de la humanidad el bienestar de una población está condicionado por la disponibilidad de espacio y tierra, en algunas ocasiones, estas restricciones han sido superadas por la innovación tecnológica o la simple

²⁹² Bacci, *Historia mínima*, 198.

²⁹³ Programa Latinoamericano de Actividades en Población, *Demografía I* (PROLAP: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México, D.F, 1997),123.

adaptación de los seres humanos, quienes han orbitado de un sitio a otro y consecuente de cambios demográficos de crecimiento o disminución de los habitantes.²⁹⁴ En esencia, son aspectos de carácter económico, social, cultural o político que presionan la salida o llegada de hombres y mujeres a un asentamiento, por ejemplo: las oportunidades de empleo, los conflictos civiles o internacionales, los niveles de vida, las oportunidades educativas o la improductividad de la tierra.

No es fácil dar una respuesta satisfactoria y cabal de la migración de la gente, debido a que generalmente son muchas las razones involucradas. En algunos casos, llegan a ser muy concretas y en otras requieren de un análisis de carácter cualitativo por su subjetividad. Entonces, el movimiento migratorio es un fenómeno constante en la historia, éste ha ido perdiendo la connotación de movimiento grupal a uno de tipo personal o familiar, siendo consecuencia de las transformaciones de la sociedad; donde, la decisión de trasladarse a un espacio ya no es conjunta sino individual.²⁹⁵ Además, actualmente los flujos migratorios se dan entre poblaciones de carácter rural a poblaciones urbanas, es decir, de localidades, pueblos y aldeas a ciudades o zonas metropolitanas.

De ese modo, la ciudad es un sistema abierto de intercambios materiales, energéticos y de habitantes, sustancial en la centralización y dinámica del sistema urbano. De igual manera, es un mecanismo que interactúa de forma irregular con su entorno generando una estructura de dominación/dependencia, debido a la captación de capitales, servicios públicos, sectores productivos y habitantes; pero, demandante de recursos naturales y materias primas.²⁹⁶ Entretanto, un contexto dividido entre lo que es un mundo urbano y un mundo rural, en una zona geográfica delimitada para construir viviendas e industrias o espacios y edificios destinados a

²⁹⁴ Bacci, *Historia Mínima*, 129.

²⁹⁵ Urquidí, *Dinámica de la Población*, 150-151.

²⁹⁶ Sergio Boisier Etcheverry, "Algunas reflexiones para aproximarse al concepto de ciudad-región", *Estudios Sociales*, vol. 15, núm. 28 (junio 2006):174-175.

la sociabilidad, la educación, la práctica religiosa, la administración pública, el aparato burocrático, el comercio y la actividad bancaria.²⁹⁷

En México, la proliferación de espacios vitales en términos de carácter demográfico se debe al desarrollo de las ciudades a fines del siglo XIX y a lo largo del XX. En 1900, la nación era primordialmente rural, no obstante, algunos asentamientos urbanos comenzaron acumular el capital y las fuerzas productivas de mayor capacidad laboral, en sí mismas básicas para el desarrollo económico y demográfico. Entre 1900 a 1940 el crecimiento urbano fue moderado, pero inició un aceleramiento de la urbanización con un aumento de 2.5 millones de habitantes urbanos en 40 años, un grado de urbanización del 11.8% al 20% y un sistema de ciudades que pasó 36 a 55.²⁹⁸ En modo particular, entre 1930 a 1940 Orizaba fue una de las urbes que presentó más crecimiento de su población urbana, el cual se calculó con una tasa anual del 4.2%, pero otras ciudades tuvieron un índice más alto como Villahermosa (4.9%), Torreón (4.3%), Monterrey (5.1%) y Guadalajara (4.8%).²⁹⁹

De acuerdo a lo anterior, Orizaba fue sitio significativo en el proceso de urbanización y parte del sistema de ciudades a nivel nacional, aunque sin la misma trascendencia de futuras zonas metropolitanas como Monterrey, Guadalajara o Ciudad de México. Con todo, Orizaba por sus características de orden geográfico y económico logró consolidarse como una plaza de importante actividad mercantil, industrial, de transportes y de servicios, conformando un núcleo urbano rodeada por un agro dedicado a las tareas del campo y el artesanado. Se alimentó poblacionalmente de los excedentes temporales o permanentes de otros espacios,

²⁹⁷ Pedro V. Castro Martínez, *et al.*, “¿Qué es una ciudad? Aportaciones para su definición desde la Prehistoria”, *Scripta Nova*, vol. 7, núm. 146 (agosto 2003), <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/648> [Fecha de consulta: 28 de junio 2022].

²⁹⁸ Gustavo Garza, “Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX”, *Revista de información y análisis*, núm. 19 (2002): 7-8; Gustavo Garza, *La urbanización en México en el siglo XX* (Centro de Estudios Económicos y Demográficos: El Colegio de México, México, 2003), 28-31.

²⁹⁹ La ciudad de México tuvo una tasa anual de 3.9%, a pesar de obtener un menor crecimiento de su población urbana, en ese momento tenía 510 mil habitantes urbanos y se perfilaba como la única ciudad que comenzaba su proceso de zona metropolitana del sistema urbano del país, en Gustavo Garza, “Evolución de las ciudades”: 9.

quienes en su mayoría venían de zonas rurales y, en menor grado de otras ciudades.

Seguramente, la movilidad de habitantes y vecindados en Orizaba estuvo enlazada por su *hinterland*, la región y de entidades federativas vecinas a Veracruz. Entre 1930 a 1940, 9 mil 028 fallecimientos fueron de nacidos en Orizaba; 366 se ignoró su origen; y 5 mil 696 conjuntamente de la entidad veracruzana, del país y extranjeros. Equivalentemente, al hablar de vecindados 12 mil 905 vivieron en Orizaba, 171 en otros espacios y 2 mil 014 se desconoció el dato de la vecindad. Por tanto, este primer señalamiento nos indicó un porcentaje sustancial del 37.74% en la mortalidad de no nacidos en Orizaba; aunque, un 85.52% de los fallecimientos totales fueron de vecindados de la ciudad.

Cuadro 28
Fallecimientos por origen y vecindad, Orizaba 1930-1940.

	Lugar de Origen	% de representación	Lugar de Vecindad	% de representación
Orizaba	9,028	59.83	12,905	85.52
Interior de la República y Extranjeros	5,696	37.74	171	1.13
Desconoce	366	2.44	2,014	13.34
Total	15,090	100	15,090	100

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Ahora bien, la información estudiada podría sugerir una problemática de cobertura de algunos datos, en especial, cuando se habla alrededor del origen o vecindad del finado. Pese a esto, susodichas variables cumplen con un porcentaje aceptable para su análisis, debido a que, en la mayoría de los casos son realmente exiguos las actas de defunción que estaba ausente o se ignoraba. Así pues, la certificación del deceso en instituciones médicas u otro tipo eran usualmente las que desconocieron en muchas ocasiones la procedencia y la vecindad de un paciente o interno en el Hospital Civil de Orizaba, en el Manicomio del Estado de Veracruz, entre otras dependencias. De este modo, un 97.58% de las actas totales de defunción sí se anotó el origen y en 86.66% la vecindad.

Cuadro 29
Certificación de los decesos, origen y vecindad, Orizaba 1930-1940.

Variable	Origen		Vecindad		
	Actas	Conocía	Ignoraba	Conocía	Ignoraba
Tipo de certificación	Actas	Conocía	Ignoraba	Conocía	Ignoraba
Certificación Médica	12,432	12,396 (99.71%)	36 (0.29%)	12,384 (99.61%)	48 (0.39%)
Hospital Civil	2,484	2,169 (87.31%)	315 (12.69%)	676 (27.21%)	1,808 (72.79%)
Manicomio del Estado	160	147 (91.87%)	13 (8.13%)	7 (4.37%)	153 (95.63%)
Otras instituciones*	14	13 (92.85%)	1 (7.15%)	10 (71.42%)	4 (28.58%)
Total	15,090	14,725 (97.58%)	365 (2.42%)	13,077 (86.66%)	2,013 (13.34%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

*Otras instituciones corresponde a las actas levantadas por establecimientos o corporaciones a nombre de: Casa de la Maternidad, Departamento de Salubridad Pública de Orizaba, Sanatorio Moderno de Orizaba, Dependencia de la Cruz Roja y Policía Judicial.

Primeramente, el flujo migratorio se desglosó con base en la procedencia de las defunciones en la ciudad de Orizaba. Por tal razón, hubo una predominación de la movilidad de tipo interno, es decir, aquellas personas nacidas en el interior de la República, quienes representaron un 14.80% de los fallecimientos para aquellos casos de oriundos de la misma entidad veracruzana y 24.65% de otras entidades federativas. En esta última agrupación, la mayoría de las personas provinieron de estados vecinos, fundamentalmente; Puebla con 12.21%; Oaxaca 3.21%; Ciudad de México 1.13%; y Tlaxcala 1.04%, quienes en conjunto congregaron el 17.54%. En menor grado, estuvieron los decesos de gente oriunda de entidades como Guanajuato (0.63%); Michoacán (0.62%); Sonora (0.44%); Jalisco (0.43%); y Estado de México (0.36%), que junto al resto de los estados de la República representaron un 7.06% de la mortalidad general.

por el desarrollo de la Revolución Mexicana, el auge de la industria petrolera y el cultivo de la caña de azúcar en el Golfo de México.³⁰¹ A partir de 1920 con la movilidad interna empezaron a surgir núcleos poblacionales en fronteras y puertos -esencialmente en el norte- y las ciudades empezaron albergar más habitantes e iniciar un proceso de urbanización activo. En tal sentido, los espacios urbanos fortalecieron su función tradicional como asentamientos de carácter jurídico y político, y a la vez de nodos administrativos, industriales y mercantiles, no sólo afectando a individuos o trabajadores rurales, sino a las familias amparadas en las grandes urbes de México.

Igualmente, la migración internacional repercutió en la formación de polos urbanos en la apertura capitalista de diversos sectores productivos, especialmente, aquellos que requerían infraestructura y maquinaria moderna en algunos ramos como el comercio, la banca, los bienes raíces y otro tipo negocios.³⁰² En ese marco, la mortalidad de extranjeros en la ciudad de Orizaba fue fútil, apenas representaron un 0.72% de los fallecimientos totales a lo largo del período de estudio. Más allá de esto, los perecimientos de personas de otras nacionalidades siguieron las pautas de carácter histórico, debido a que los españoles simbolizaron el 0.30% de las muertes totales y propiamente el 42.20% en la mortalidad de extranjeros.

En menor medida, estuvieron los fallecimientos de personas procedentes de Medio Oriente, países en plena formación tras la desintegración del Imperio Otomano como Líbano, Siria y Turquía, quienes integraron un 16.66% de los decesos totales de extranjeros. Mismo porcentaje en defunciones de personas provenientes del continente americano (Estados Unidos, Cuba, Nicaragua, Honduras, El Salvador y Argentina). Por último, algunos países europeos, entre ellos, Italia, Francia, Inglaterra, Alemania y Escocia representaron un 14.81% de la

³⁰¹ Elisa Speckman Guerra, "Población y sociedad, 1880-1930" en Ariel Rodríguez Kuri (coord.), *México Contemporáneo: La Población y La Sociedad, 1808-2014* (México: Colegio de México: Fondo de Cultura Económica, 2015), 132; Navarro, *Población*, tomo I, 50.

³⁰² Ariel Rodríguez Kuri, "Introducción. Claves ocultas: territorio, población y poder", en Ariel Rodríguez Kuri (coord.), *México Contemporáneo: La Población y La Sociedad, 1808-2014* (México: Colegio de México: Fondo de Cultura Económica, 2015), 28.

mortalidad de extranjeros. Por último, el país de China junto al continente africano reunió el 9.67% de los decesos de extranjeros en Orizaba.

A *grosso modo* la Revolución Mexicana determinó un gran cambio para el mundo rural, debido a que se comenzó una dinámica de concentración y dispersión de la población. Para Ariel Rodríguez Kuri la reforma agraria de la posrevolución buscó eliminar los sistemas de grandes propiedades agrícolas, lo que favoreció a la multiplicación de poblaciones dispersas a lo largo del territorio mexicano, de ahí que, a partir de 1930 se dio un proceso de urbanización de tasas muy elevadas para las próximas décadas. Con todo, aún falta por comprender de mejor forma el impacto del ejido y la dotación de tierras a propósito del ordenamiento social, la urbanización, la movilidad y la ocupación del suelo en el país.³⁰³

Ahora bien, el flujo migratorio a partir de la mortalidad en la ciudad de Orizaba puede particularizarse aún más sobre el origen de los fallecidos. Naturalmente, la mayoría provenían de otros espacios del mismo estado de Veracruz o entidades federativas vecinas como Puebla, Oaxaca, Ciudad de México o Tlaxcala. Inclusive, hubo una incidencia más grande en localidades poblanas o en la Ciudad de México, Puebla y Oaxaca, que poblados veracruzanos. Así, en un listado alrededor del origen de los fallecimientos en Orizaba se apreció un significativo vínculo de la urbe con la región, y paralelamente la cercanía con algunos espacios de la parte noreste de Puebla, especialmente, aquella inmediata a la sierra de Zongolica. (Apéndice 20-Cuadro 20).

De este modo, la ciudad de Orizaba dio refugio a trabajadores rurales y en algunos casos urbanos, debido a sus lazos mercantiles y centros de labor industrial. A la par, rodeado por tierras dedicadas a labor agrícola en pequeñas haciendas, ranchos y localidades como Atzacan y Ixtaczoquitlán, seguramente conllevó tanto la salida de personas de estos lugares o, de hecho, la llegada de individuos a esos asentamientos decididos a continuar en la actividad del sector primario inmediata geográficamente de la urbe. Mientras tanto, en la parte poniente de la ciudad

³⁰³ Kuri, "Introducción. Claves ocultas", 27.

colindante a las manufactureras textiles de Río Blanco, Nogales y Santa Rosa fue un posible factor para el arribo de personas a Orizaba, con el objeto de desempeñarse como obreros en el corredor fabril regional.

Además, la ubicación de Orizaba cercana al cuerpo de montañas de la Sierra Madre Oriental, el cual se extiende hacia el estado de Puebla y Oaxaca, donde se integran varios municipios privilegió la movilidad migratoria de un contingente de personas de estas latitudes territoriales como Maltrata, Acultzingo, Atzompa, El Naranjal, Coscomatepec, Atzitzintla, Coscomatepec, Chalchicomula y Tehuacán.³⁰⁴ Sin olvidar el ramal del ferrocarril de Apizaco a Puebla, que con la llegada del Porfiriato se extendió hasta el norte poblano entrelazando aún más con la entidad de Veracruz; especialmente, en la derivación de estaciones por Amozoc, Tepeaca, Tehuacán, Libres, Chalchicomula y Cañada Morelos hasta llegar a la estación de la ciudad de Orizaba y luego el puerto de Veracruz.³⁰⁵ En suma, el ingreso activo de camiones y automóviles, y con ello, la construcción de carreteras y caminos, que colaboró en la movilización de personas.

Por otro lado, debe considerarse que entre 1910 a 1921 la población del estado de Veracruz tuvo un incremento anual de habitantes del 2%, siendo reflejo en algún modo del aspecto violento de la Revolución Mexicana, que obligó a la salida de personas y familias para guarecerse en ciudades o localidades más seguras en la entidad. Según Moisés T. Peña Veracruz absorbió población de otras entidades, atraídas por las riquezas naturales y la prosperidad económica de algunos espacios. Entre 1910 y 1921, Veracruz fue el segundo estado federativo con más habitantes procedentes de otras partes de la República, únicamente detrás de Jalisco; en 1930 alcanzó el primer lugar; y para 1940 nuevamente el segundo, por debajo de la Ciudad de México.³⁰⁶

³⁰⁴ María Teresa Rodríguez López, "Flores para la tierra. Paisaje y cultura en la sierra de Zongolica", <https://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/colecciones/veracruzsigloXXI/AtlasPatrimonioCultural/03ZONGOLICA.pdf>, 70-71. [Fecha de consulta: 30 de junio 2022].

³⁰⁵ Gloria Tirado Villegas, *Los efectos sociales del Ferrocarril Interoceánico. Puebla en el Porfiriato*. (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vélez Pliego", Puebla, 2007), 191.

³⁰⁶ Peña, *Veracruz* tomo I, 203-204.

Los indicios del flujo migratorio en la ciudad de Orizaba se ampliaron con el rubro laboral de las personas nacidas en la urbe con aquellas provenientes del interior de la República y de los extranjeros. En consecuencia, en la mortalidad se percibió que las personas oriundas de otras partes del estado de Veracruz y entidades vecinas tuvieron números más elevados en casi todos los rubros laborales, en comparación de los naturales de Orizaba. Equivalentemente, los porcentajes más representativos de los individuos procedentes de otros espacios de la República se situaron en trabajos domésticos con 38.28%; agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca 18.77%; artesanía 7.74%; e industrias 6.23%. Por tanto, se rectificó un emplazamiento del medio rural y dedicados a las actividades del campo y artesanales, quienes debieron introducirse a sectores productivos de tipo mecánico y, en menor medida procedentes de ciudades a la prestación de servicios, la administración pública, el sistema educativo y el rubro profesional.

Cuadro 30
Rubros laborales y origen, Orizaba 1930-1940.

Rubro Laboral	Orizaba	Interior de la República	Extranjeros
Desconoce/Ignora	101 (1.11%)	108 (1.93%)	6 (5.04%)
Infantes*	6,271 (69.46%)	735 (13.17%)	4 (3.36%)
Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Caza y Pesca	205 (2.27%)	1047 (18.77%)	8 (6.72%)
Industrias	233 (2.58%)	348 (6.23%)	2 (1.68%)
Minas, Petróleo y Gas Natural	2 (0.02%)	1 (0.01%)	0 (0.0%)
Comunicaciones y Transportes	92 (1.01%)	90 (1.61%)	6 (5.04%)
Comercio	146 (1.61%)	303 (5.43%)	37 (31.09%)
Administración Pública	5 (0.05%)	40 (0.71%)	0 (0.0%)
Profesionistas	52 (0.57%)	66 (1.18%)	8 (6.72%)
Trabajos Domésticos	1380 (15.28%)	2135 (38.28%)	31 (26.05%)
Artesanía	350 (3.87%)	432 (7.74%)	1 (0.84%)
Otras ocupaciones no especificadas	191 (2.11%)	272 (4.87%)	16 (13.44%)
Total	9028	5577	119

(100%)

(100%)

(100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

*Infantes no es una clasificación de carácter productivo, pero se realizó dentro de esta variable para determinar los fallecimientos de personas que correspondían a una edad entre el nacimiento hasta los 12 años de edad. Por tanto, exterioriza la gran presencia de perecimientos de la población más joven.

En efecto, la distinción de fallecimientos por rubros labores nos remite a la preponderancia de la mujer en trabajos domésticos, la mayoría como amas de casa y en algunos casos como sirvientas. En ese caso, las muertes de individuos oriundos de Orizaba exteriorizaron que 15.28% se dedicó al sector doméstico, seguido por un 3.87% en artesanía; 2.58% en industrias; 2.27% en agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca; y 1.61% en el comercio. Estos índices presuponen una importancia significativa del arribo de personas de otras latitudes de la República y de Veracruz, quienes tuvieron un impacto imprescindible en el desarrollo económico y social de la ciudad de Orizaba. Aunque, dicha discrepancia resultó muy notoria en términos ocupacionales, porque la mortalidad de orizabeños era de recién nacidos y niños (69.46%).

En cuanto, a los decesos de extranjeros con respecto al rubro laboral gran parte de ellos estaban involucrados en el comercio y, desde luego, en labores domésticas como amas de casa. Apenas, pequeños índices en la división ocupacional de profesionista, comunicaciones y transportes, actividades del campo, industrias y artesanía. En realidad, el análisis de la migración internacional a través de la mortalidad en un corto período, parece presuponer muchas problemáticas del verdadero impacto de este fenómeno social, no obstante, se puede pensar que algunos extranjeros arribaron a tierras mexicanas en el período de la posguerra y el desarrollo de la segunda guerra mundial, quienes se sumaron a los ya establecidos desde fines del siglo XIX.

Especialmente, las personas de origen europeo fueron más hacendosas en actividades comerciales, industriales y bancarias, mientras grupos migratorios de Asia como los chinos venidos de tierras rurales se dedicaron como horticultores y

mano de obra en algunas industrias y los ferrocarriles.³⁰⁷ Por su parte, personas de Medio Oriente existió un número trascendental de judíos, sobre todo, árabes y turcos, quienes se vieron bien recibidos por las administraciones posrevolucionarias. Entre 1921 a 1929 llegaron miles de libaneses y judíos de Europa del Este, en su mayoría pobres y sin preparación profesional, rápidamente se desarrollaron de forma exitosa en el comercio ambulante, como minoritas y aboneros de pequeñas empresas textiles.³⁰⁸

El contexto de Orizaba aportó un determinado alcance del movimiento interregional de personas y familias, en algunos de forma temporal. Por ejemplo, campesinos de Atzalan, Altotonga y Jalacingo se trasladaban a Tlapacoyan y Martínez de la Torre en tiempos de cosecha de tabaco, y bajaban a Misantla y Juchique de Ferrer jornaleros de la sierra de Chiconquiaco y en los cortes de café en Coatepec se reunían durante varios meses campesinos de tierras frías. De igual modo, en Córdoba se trasladaban familias de Zongolica, Puebla y Oaxaca, los que trabajaban en la recolección de café y la zafra, obteniendo mejores salarios hombres, mujeres y niños.³⁰⁹ Así, se puede señalar que la misma situación se presentó en Orizaba, en cuanto al rol de migrantes de la misma región, entidades vecinas y de otras partes del país.

Por otra parte, el gran porcentaje de personas dedicadas al sector de trabajos domésticos concretamente por el sexo femenino es vital desde la perspectiva de género sobre los trabajos migratorios en México, teniendo una cabida de mayor desarrollo e impacto en los estudios de carácter histórico; ya que, el trasiego de mujeres estaría ligado en el desarrollo económico y urbanización de un espacio. Asimismo, refuerza los planteamientos de las migraciones femeninas como objeto de análisis independiente, al margen de la migración masculina, por lo que se requiere de conceptos nodales y teorizaciones en torno a la experiencia y migración de mujeres, el cual no solamente puede entenderse bajo parámetros económicos,

³⁰⁷ Moisés González Navarro, *Los extranjeros en México y los mexicanos en el extranjero, 1821-1970* tomo II (El Colegio de México, México, 1994), 165-166.

³⁰⁸ Moisés González Navarro, *Los extranjeros en México y los mexicanos en el extranjero, 1821-1970* tomo III (El Colegio de México, México, 1994), 133-134.

³⁰⁹ Peña, *Veracruz* tomo I, 210.

sino de carácter social y cultural a través de la explotación, la opresión y la violencia.³¹⁰

En otro orden de cosas, el emplazamiento urbano se puede apreciar a través de la localización por cuartel con base en la mortalidad. En ese marco, el domicilio del finado proporcionó una imagen de la densidad demográfica de algunas zonas de la ciudad, y, desde luego, la estructura social de las personas que moraban en ciertas demarcaciones territoriales de Orizaba. En un primer momento, la cantidad de defunciones por cuartel estuvo predeterminado por el número de habitantes que había en cada uno, por supuesto, los cuarteles más poblados fueron los que registraron los números elevados de residentes fallecidos. En ese sentido, los cuarteles del casco urbano del centro y poniente de la urbe (1º, 2º, 3º, 4º, 5º y 9º) aglomeraron porcentajes elevados por encima de los cuarteles de la parte oriental y sureste (6º, 7º, 8º y 10º).³¹¹

Cuadro 31
Defunciones por cuartel, Orizaba 1930-1940.

	Hombres	Mujeres	Total
Cuartel Primero	628 (49.06%)	652 (50.94%)	1,280 (8.48%)
Cuartel Segundo	537 (48.03%)	581 (51.97%)	1,118 (7.40%)
Cuartel Tercero	1,629 (48.41%)	1,736 (51.59%)	3,365 (22.29%)
Cuartel Cuarto	603 (46.34%)	698 (53.66%)	1,301 (8.62%)
Cuartel Quinto	704 (46.25%)	818 (53.75%)	1,522 (10.01%)
Cuartel Sexto	113 (48.91%)	118 (51.09%)	231 (1.53%)
Cuartel Séptimo	234 (48.85%)	245 (51.15%)	479 (3.17%)
Cuartel Octavo	138 (48.25%)	148 (51.75%)	286 (1.89%)
Cuartel Noveno	750 (46.96%)	847 (53.04%)	1,597 (10.58%)

³¹⁰ Erika Patricia Cárdenas Gómez, "Migración interna e indígena en México: enfoques y perspectivas", *Intersticios sociales*, núm. 7 (2014): 11.

³¹¹ En 1921, el censo poblacional distinguiendo el cuartel se calculó que un 82.70% de los habitantes estaban en los cuarteles 1º, 2º, 3º, 4º, 5º y 9º. En 1930, estos cuarteles representaron el 79.63% de la población que existía en Orizaba. En ambos censos los cuarteles con menos población fue el 6º, 7º, 8º y 10º. Éste último dentro de ese grupo fue el que aglutinó más habitantes, debido a que se encontraba en ese cuartel la fábrica textil de Santa Gertrudis "El Yute". Véase, el capítulo 1º apartado 2 y 3.

Cuartel Décimo	243 (47.27%)	271 (52.73%)	514 (3.40%)
Indeterminado*	130 (42.90%)	173 (57.10%)	303 (2.00%)
Vecinos de otras partes**	157 (58.36%)	112 (41.64%)	269 (1.78%)
Rancherías y haciendas***	96 (55.17%)	78 (44.83%)	174 (1.15%)
Instituciones Públicas****	2,010 (75.82%)	641 (24.18%)	2,651 (17.56%)
Total	7,972 (100%)	7,118 (100%)	15,090 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

*Nos referimos a los casos de las personas que eran vecinos de Orizaba, pero se desconocía con exactitud el cuartel al que pertenecían por ausencia del número o el nombre de la avenida o calle. Asimismo, son algunos casos de fallecimientos donde se levantó el domicilio bajo las siguientes ubicaciones: Campamento Yaqui, Campamento de la Penitenciaría, Cuartel Hidalgo (Militar). Y, simplemente las actas de defunción que se desconocía la vecindad.

**Hace alusión a los individuos que fallecieron en Orizaba, pero eran vecinos de otras localidades, ciudades o entidades.

***Se refiere a los fallecimientos de personas residentes de rancherías y haciendas colindantes a la urbe de Orizaba: Rancho de Rincón Grande, Rancho de Rincón Chico, Rancho de Tepetlaxco, Rancho del Edén, Rancho de Tlachichilco y Hacienda de Jalapilla.

Justamente, como se había distinguido en algunos apartados del primer capítulo el corazón urbano del centro de la ciudad de Orizaba se intercomunicaban las arterias más cruciales de la urbe, además, seguramente la llegada de personas oriundas de otros lugares ocasionó el incremento de vecindades y habitaciones en estas zonas de la ciudad. Rememorando, la gran parte de negocios, talleres y fábricas dedicados a la elaboración de puros, cigarros, calzado, venta de ropa, vinos y licores, curtidurías, sastrerías, panaderías, imprentas y misceláneas se localizaban en este cuadro de la población, formado por los principales cuarteles de la zona oeste de la urbe. Asimismo, curiosamente prevaleció en la mortalidad por cuartel más casos de mujeres en comparación a los varones. En los diez cuarteles ocurrieron más defunciones del sexo femenino, pero al detenernos en las muertes en otros espacios como rancherías y haciendas próximas a la ciudad, vecinos de otras localidades y; fundamentalmente, los decesos en instituciones públicas se vio una mayor cantidad de óbitos masculinos. Este registro podría indicar entre varias cosas, que las mujeres optaron preferentemente por un emplazamiento de carácter definitivo, y los hombres momentáneo o irregular.

Durante la revuelta popular y la posrevolución se dinamizó la movilidad de personas por la violencia e inestabilidad política y social, un contingente valioso migró a Estados Unidos, y posteriormente otros movimientos migratorios internos predominantemente masculino se fue al pacífico norte y al norte mismo del territorio mexicano. Por su parte, el sexo femenino se movió de forma más importante entre las entidades del centro y sur, sobre todo, con dirección a la Ciudad de México. De acuerdo a Víctor L. Urquidi, existen diversas hipótesis y algunas evidencias en cuanto al sexo de los migrantes, existiendo en algunos países una tendencia de más migración interna femenina que masculina. En nuestro país, el índice de masculinidad en 1940 sobre la movilidad interna fue de 89.2 hombres por cada 100 mujeres migrantes, y en la capital del país un índice de 78.6.³¹²

Otro aspecto a considerar en torno al acuartelamiento entre sexos según la mortalidad en la ciudad de Orizaba tiene relación con la edad. Sin embargo, no se cuenta con la información adecuada sobre la estructura de migrantes, que plantee en forma general un mayor volumen de la población migrante femenina en edades más jóvenes que el masculino. A pesar de esto, se puede discurrir que en Orizaba pareció tener un fenómeno migratorio parecido al de la Ciudad de México, viendo una superioridad de fallecimientos por cuarteles y una ocupación laboral predominante de amas de casa, sirvientas, lavanderas y vendedoras en la estructura social de la mortalidad. Considerando, que en 1940 a nivel nacional el mayor volumen de la migración neta (entre 10 y más años de edad) se concentró entre las edades de 10 a 29 años con 63.3% en hombres y 64.7% en mujeres.³¹³

La capacidad de Orizaba por retener a un porcentaje trascendente de personas que migraban a la urbe, se debe a la característica de las ciudades por expandirse gradualmente ante la demanda demográfica de asentamientos, viviendas y fraccionamientos acelerado en el segundo tercio del siglo XX. En esa misma línea, las periferias urbanas cambian con el paso del tiempo, de modo que, la antigua periferia posiblemente pasó a formar parte del casco urbano de la ciudad,

³¹² Urquidi, *Dinámica de la Población*, 155-158.

³¹³ Urquidi, *Dinámica de la Población*, 161.

en tanto que una nueva se configuraba en el territorio, haciéndola cada vez más lejana del centro de la ciudad.³¹⁴ Por añadidura, se puede presumir que la población que migraba se alojaba primero en las vecindades del centro y después al disponer de un ingreso económico formal o un ahorro monetario adquiría alguna propiedad o terreno en un punto de la periferia urbana.³¹⁵ De este modo, bajo ese esquema en Orizaba explicaría ese índice mayor de fallecimientos en los cuarteles del centro de la ciudad por encima de los cuarteles periféricos cercanos a localidades de carácter agrícola.

En efecto, en el estudio *Los inmigrantes pobres en la ciudad de México: enfoques y perspectivas* de Wayne Cornelius encontró que los migrantes de bajos recursos que llegaban a la capital de la República entre 1930 a 1950 se instalaban en viviendas multifamiliares y baratas del viejo centro urbano; después, cuando sus finanzas lo permitían se reubicaban en los alrededores del casco urbano, donde estaban terrenos disponibles para construir viviendas a un accesible y bajo precio.³¹⁶ Lo susodicho, es un aspecto a destacar en la mortalidad, dado que la creciente urbanización que tendió a concentrarse en las capitales o ciudades de las entidades federativas aceleró la formación de colonias populares, cohabitación de viviendas precarias o vecindades multifamiliares manifestando graves ausencias de agua potable, drenaje y de saneamiento.³¹⁷

En resumen, a partir de la tercera década los mexicanos comenzaron a dejar atrás los estrechos lazos como las actividades agrícolas que habían sido históricamente las más importantes, dando paso, a la transformación de la estructura ocupacional ingresando al sector de servicios e industrias miles de campesinos del medio rural como trabajadores urbanos. Ciertamente, al hablar sobre la procedencia de los vecinos de Orizaba se percibió en los cuarteles centrales había una cantidad significativa de personas oriundas de otros espacios

³¹⁴ Jan Bazant Sánchez, "Expansión urbana incontrolada y paradigmas de la planeación urbana", *Espacio Abierto*, vol. 19, núm. 3 (julio-septiembre 2010): 485.

³¹⁵ Cárdenas, "Migración interna", 3.

³¹⁶ Wayne Cornelius. *Los inmigrantes pobres en la ciudad de México y la política* (Fondo de Cultura Económica, México, 1980), 39. Citado por Erika Patricia Cárdenas Gómez, "Migración interna e indígena en México: enfoques y perspectivas", *Intersticios sociales*, núm. 7 (2014): 15.

³¹⁷ Zapata, "La gran transformación", 185.

de Veracruz y del interior de la República. En consecuencia, vuelve incidir la movilidad de personas y el emplazamiento en los cuarteles, sobre todo, en el 3º, 9º y 10º, los cuales representaron para este tipo de avecindamiento con relación al origen del 15.54%, 7.22% y 7.73%, respectivamente. (Apéndice 21-Cuadro 21).

En el caso de la mortalidad de naturales de Orizaba se inscribieron en los cuarteles del centro y oeste, al igual que, las personas de origen extranjero. Particularmente, el cuartel 3º aglomeró un 28.71% de los decesos de orizabenses y el 33.05% de extranjeros; en menor importancia estuvo el cuartel 9º con 13.83% y 5.08%; el cuartel 5º, 13.15% y 14.41%; el cuartel 1º, 10.93% y 6.02%; y el cuartel 4º, 11.28% y 6.78%, respectivamente. No obstante, debe plantearse que el gran porcentaje representativo de fallecimientos de nacidos en Orizaba en los aludidos cuarteles correspondió particularmente por la mortalidad infantil y juvenil (0-12 años), ya que, aglomeraron 4 mil 901 decesos en ese rubro de edad, o sea, el 69.36% de las muertes totales del decenio.

Lo anterior susodicho, es una característica específica del papel que tuvo el flujo migratorio interno y extranjero en Orizaba. Debido a que, el cuartel 3º era una zona preponderante en el centro de la ciudad, un punto medular de comercios y diversos establecimientos. Mientras tanto, el cuartel 9º ubicado en la parte norponiente era una superficie bastante extensa, con algunas colonias de origen obrero como la de Salvador González García, dada su cercanía a la fábrica textil Cerritos.³¹⁸ Similarmente, el cuartel 1º a las faldas del cerro del Borrego contó con colonias de origen proletario como Unión Obrera, Penitenciaría y Lourdes, además, contiguo al casco urbano, el camino real y algunos talleres e industrias.³¹⁹ Asimismo, el cuartel 2º fue fundamental por detentar la estación del Ferrocarril Mexicano, la industria cervecera Moctezuma y la manufacturera Cocolapan, por tanto, albergó un porcentaje vital de habitantes.

³¹⁸ En algunas actas de defunción se registró como domicilio la colonia donde residía la persona. En ese caso, algunas pudieron ubicarse debido a que todavía persisten en la actualidad, entre ellas, la colonia Salvador González García la cual 30 personas fallecidas vivían en esa parte de la ciudad.

³¹⁹ Entre estas colonias la que parece haber sido más importante en cuanto avecindados fue la colonia Unión Obrera, debido a que, 117 actas de defunción asentaron como domicilio del finado (a).

En cuanto al cuartel 10^o pese a ser el más alejado del centro de la urbe en la parte oriente, quizás su importancia radicó por estar inmediato a la fábrica textil Santa Gertrudis “El Yute”, asimismo, de la cercanía con el agro de Orizaba y localidades como Atzacan e Ixtaczoquitlán. Dicho cuartel, curiosamente no presentó ningún fallecimiento de una persona nacida en Orizaba o algún extranjero, a excepción de 514 actas de defunción de personas que se desconoció el lugar de nacimiento, misma cantidad de fallecimientos de personas provenientes del interior de Veracruz y estados federativos; 449 de la entidad veracruzana; 44 de Puebla; 8 de Oaxaca; 5 de la Ciudad de México; 2 de Guanajuato; 2 de Michoacán; y un caso para San Luis Potosí, Sonora, Tabasco y Tlaxcala. En esa lógica, se fortalece la postura sobre la significativa llegada de migrantes de origen interno al centro de la ciudad, y quienes posteriormente podían adquirir alguna propiedad o terreno en las zonas periféricas de la ciudad.

Mapa 6
Plano de la ciudad de Orizaba, 1965.



Fuente: Elaboración propia a partir de AMO, Gobierno, Estadística, s/c, número 4, Expediente Censo Poblacional, 1930, 1-3 f; AMO, Planoteca, Caja 18, Número 106, Expediente Plano de la ciudad de Orizaba, 1965, s/f. Nota: Si bien, el plano corresponde a 1965, fue el único que se encontró con las divisiones territoriales de los 10 cuarteles. De este modo, sirve como un elemento cartográfico y poblacional del trazado urbano de la ciudad de Orizaba.

Entre otras cosas, existió una cantidad de fallecimientos elevado de naturales de Orizaba en espacios como rancherías y haciendas conurbadas, lo que sugiere una movilidad a este tipo de sitios de producción agropecuaria de personas nativas de la ciudad, probablemente provenientes de los límites territoriales de la urbe. En último término, una cantidad importante de defunciones de individuos del interior del país y de calidad de desconocido en instituciones públicas, aglutinando un 34.21% y 88.52% del total de decesos, respectivamente. Por ende, debe pensarse que muchas personas que provenían de otras latitudes de la región y del estado de Veracruz se internaban o eran llevados al Hospital Civil, y en algunos casos hasta eran ingresados al Manicomio del Estado de Veracruz.³²⁰

En definitiva, conocer los motivos que orillaron a las personas a moverse de un lugar a otro representa un complejo conjunto de aspectos y relaciones de gran relevancia en la vida económica, social y política de un país, región o ciudad. A pesar de ello, a lo largo del apartado las características geográficas e históricas de Orizaba logró el desarrollo de actividades productivas, y con esto, la instalación de medios de comunicación y transporte modernos, que otorgaron la posibilidad de trasladarse e instalarse en este asentamiento crucial del sistema urbano de México de principios del siglo XX. Así, el análisis de la mortalidad permite distinguir a los núcleos urbanos formados por una amplia estructura poblacional del sector trabajador y proveniente de otros sitios, y un reducido número de gente oriunda del mismo espacio urbano. En otras palabras, un reflejo de una estructura social generalmente formada por un amplio sector poblacional de escasos recursos y proletariada, y un reducido número de propietarios, burócratas, grandes empresarios y comerciantes. En sí misma, la imagen de la ciudad de Orizaba aparentemente deja verlo de esta manera, demostrando el trasiego de hombres y mujeres como un tema que necesita profundizarse.

Pese a ello, efectivamente este apartado coincidió con la idea que entre el Porfiriato hasta la mitad del siglo XX hubo una transformación medular de carácter

³²⁰ En el Hospital Civil de Orizaba hubo 2 mil 151 fallecimientos de personas de procedencia del interior de la República y de otros espacios de Veracruz y 312 de vecindad desconocida. Por su parte, en el Manicomio del Estado de Veracruz fallecieron 114 y 12, respectivamente.

tanto nacional como regional del desarrollo migratorio y la urbanización. Ciertamente, el curso económico mexicano implementó más infraestructuras, sectores y redes de producción industrial, haciendo de ciudades como Orizaba espacios de emplazamiento de la clase trabajadora y como base de operaciones para grupos acaudalados pertenecientes a las altas esferas de la sociedad de las ciudades.

Entretanto, queda pendiente relacionar el desarrollo de transportes modernos no solamente como el ferrocarril, sino el autobús, los automóviles, entre otros en el estudio de la migración y la formación de nuevas localidades en el país. De igual modo, realizar estudios que esclarezcan el impacto de la reforma agraria en cuanto a la aparición de poblaciones, el proceso urbano, la migración y el crecimiento demográfico a lo largo y ancho del territorio mexicano. Equivalentemente, la apertura de investigaciones de la migración femenina proponiendo una perspectiva de estudios de género y cultural, frente a la demanda del papel de la mujer como actor central en la estructura social y económica de diversas poblaciones y su impacto histórico en la constitución y función de espacios urbanos.

Finalmente, discutir la ciudad como un territorio geográfico, que es “abstracto” en virtud de su fijación en una zona de constante cambio y transformaciones de características ambientales e intervención del ser humano, quien teje una íntima interdependencia social, económico y cultural a lo largo de la historia y determina su porvenir, la cual va formando, destruyendo e integrando redes funcionales con otros espacios en el mismo territorio o región. Así, el tema del lugar de nacimiento y la movilidad de personas es un tema, que puede tratarse con el estudio de la mortalidad con sus respectivas limitantes, viendo los efectos que orillan a las personas a migrar, vivir y morir en un definido lugar.

CONCLUSIONES

Tras el análisis, podemos reconocer que la mortalidad es un acontecimiento demográfico cuantioso para la investigación histórica. En ella, existe una consideración sustancial para mirar, evaluar y estudiar el pasado de una sociedad y/o población. Un asunto histórico entre contextos políticos, sociales, económicos y culturales, y como una herramienta o un medio para contemplar el devenir de hombres y mujeres en diversos espacios y temporalidades. Así, esta investigación reunió, sistematizó y reconoció diversos valores cuantitativos y cualitativos de una serie de actas de defunción pertenecientes al Registro Civil de Orizaba, entre 1930 a 1940.

Dicho estudio, aportó un acercamiento a la estructura social y económica de la ciudad de Orizaba en plena época posrevolucionaria, además, mostró la función regional y estatal de la urbe a partir de las características de los habitantes con base en los censos de población, y propiamente los datos obtenidos de los fallecimientos producidos en este lugar. Por esta razón, la configuración de una colectividad en un asentamiento particular está íntimamente conectado al desarrollo histórico, y, por tanto, poblacional, que orilla a un entramado análisis de los factores medulares en el desenvolvimiento de un espacio; visto, a partir de la historia regional, la cual está inseparablemente condicionada o influenciada por la dinámica nacional y global.

En definitiva, el inicio del siglo XX en México evidenció un comportamiento de concentración y mayor densidad demográfica en espacios urbanos a lo ancho del territorio nacional. Ciertamente, el Porfiriato había adjudicado y revitalizado espacios trascendentes para la economía nacional y para la introducción de capital extranjero en diversos ramos productivos, que se integraron de modo relevante a nivel regional y estatal a través de las redes de comunicación y transporte como el ferrocarril. Posteriormente, la Revolución Mexicana pese a las consecuencias de carácter social y económico, debido al ambiente violento y político alentó aún más la movilidad de personas a grandes urbes, fronteras o ciudades medianas; por lo que, en décadas posteriores en un contexto de institución y reconstrucción del Estado nacional, sumado a la acogida y prioridad de ampliar el desarrollo del sector

laboral técnico, mecánico e industrial intensificó el proceso de urbanización a mediados del siglo XX.

En Veracruz, el desarrollo de la población fue esencial en parajes destacados por su ubicación geográfica al ser centros nucleares en la comercialización, la producción agrícola y textil y la administración pública desde siglos anteriores, siendo una de las pocas entidades federativas que mantuvo un crecimiento de sus habitantes después de la revuelta popular. De este modo, durante la posrevolución la ciudad de Orizaba mantuvo su dinamismo inmerso en el mercado nacional, debido a su calidad como espacio urbano, pieza del corredor fabril del valle montañoso de Veracruz y rodeado por un agro encauzado en insumos elementales del consumo local y algunos de carácter comercial a nivel nacional y de exportación.

De ahí que, Orizaba exteriorizó la articulación de un espacio con un importante sector de su población, el cual buscó mejorar sus necesidades básicas y niveles de vida al emplazarse en la ciudad. Así, *Pluviosilla* tuvo el papel de ser un enclave poblacional que convergió con movimientos de migración rural, aglutinando individuos y familias de distintos orígenes y ocupaciones. Por supuesto, la actividad textil dotó a la urbe junto a la región de una connotación valiosa del movimiento sindical y de vínculo interregional de trabajadores rurales a urbanos en actividades de tipo industrial, comercial, de servicios e inclusive de alojamiento para profesionistas y extranjeros, tras ser ésta una consolidada plaza urbana. En ese sentido, casi a mediados del siglo XX hubo un crecimiento de habitantes en los principales cuarteles del casco urbano orizabeño, aunque, también de aquellos localizados en las periferias como de los municipios colindantes, sin duda alguna, consecuencia del emplazamiento de personas mayoritariamente jóvenes y solteras, que tanto lograban radicar en la ciudad o continuar en las actividades del campo de lugares próximos para satisfacer la demanda de insumos de consumo vegetal o animal de la ciudad.

Consecuentemente, resultó necesario revisar la salud pública en el México posrevolucionario, debido a que simbolizó un hito histórico en buscar reducir las altas tasas de mortalidad infantil, la presencia de enfermedades epidémicas e

infecciosas y extender la atención médica a la población de la clase trabajadora, tanto de zonas rurales como urbanas. A este respecto, se puede admitir que se dio un proceso de institucionalización y centralización, expresado por medio de una estructura constituida en la prestación de servicios médicos con el objeto de asistir a la mayoría de los habitantes de la sociedad mexicana promoviendo la prevención social, la higiene, la vacunación y la reglamentación sanitaria a partir de campañas, conferencias, inspecciones y propaganda, que curiosamente continuaban con algunas maniobras y discursos puestos en marcha desde el Porfiriato.

De este modo, a partir de 1917 se comenzó un curso de formalizar los servicios médicos y, simultáneamente favorecer la profesionalización, la especialización y la burocratización de la salud pública en la República. Asimismo, detentar el Estado una intervención legal, abierta y sedimentada por el aparato político federal, sin dejar a un lado, la participación y colaboración en convenciones sanitarias y médicas internacionales, organismos privados y públicos del extranjero, como la Institución Rockefeller, la Universidad Johns Hopkins y la Organización Panamericana de la Salud. Por ende, se llevó a cabo la implementación de servicios sanitarios coordinados, la proliferación de instituciones de asistencia social, de análisis clínicos, publicidad y obligación del servicio social en residentes de medicina a espacios rurales para apoyar en la atención de las masas populares. Así, el proceso de centralización pareció congratularse con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y con ello, la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943.

Por su parte, Veracruz obedeció la estructura de la salud pública en los años posteriores a la Revolución Mexicana. De esta manera, se demostró el esfuerzo del gobierno estatal y autoridades locales por atender los graves problemas de salud de la población veracruzana, por consiguiente, se incentivaron las medidas de aseo, vigilancia sanitaria y control/eliminación de hábitos considerados perniciosos, ensalzando la limpieza y la instrucción higiénica por medio de la educación, servicios y reconocimiento médico en centros obreros, escuelas y las unidades sanitarias establecidas en la entidad. Lógicamente, ejecutando los programas y

acciones a nivel federal, colaborando en el mecanismo de concentración de la salud pública nacional; en concordancia, a las aspiraciones de los gobiernos posrevolucionarios por consumir una cobertura masiva de la atención médica.

De esta suerte, Orizaba fue un importante sitio en la diligencia en materia sanitaria y de salud con la presencia de la Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba, teniendo personal especializado y encargado de atender el dispensario antivenéreo, la vacunación, los exámenes médicos escolares y la emisión de tarjetas de salud, además, de denunciar asuntos, que quebrantaban las normas higiénicas y promocionando los buenos hábitos de limpieza. De modo parecido, aparentemente la culminación del proyecto posrevolucionario en esta materia se dio con la edificación del Hospital IMSS en 1959, el cual brinda hasta el día de hoy servicios médicos y asistenciales a la zona metropolitana de Orizaba.

En consecuencia, la investigación expuso un recorrido de la población mexicana y veracruzana con momentos exaltados por sus altas tasas de mortalidad, que gradualmente descendieron hacia mediados del siglo XX. Ulteriormente, el desarrollo de la ciencia permitió la fabricación de medicamentos, analgésicos y métodos terapéuticos, que sumado a la centralización de la salud pública y el ensanchamiento de servicios clínicos en décadas posteriores a la Revolución Mexicana aparentemente mejoraron los niveles de vida de la población. Gradualmente, la persistencia de enfermedades contagiosas y epidémicas tradicionalmente presentes en la sociedad mexicana fue en declive, asimismo, el proceso de urbanización, la pacificación del país y un crecimiento económico al alza, en la formación de un México moderno e industrial pareció brindar óptimas condiciones sociales y económicas a los mexicanos; en consecuencia, se dio un incremento poblacional trascendental acompañado por el aumento de la natalidad, la fecundidad y mejores esperanzas de vida.

Dicho esto, los resultados sobre el estudio de la mortalidad en la ciudad de Orizaba de 1930 a 1940, expusieron que la dinámica de las defunciones se concentró por causas de origen gastrointestinal y hepático, enfermedades respiratorias y patologías presentes en el período prenatal y perinatal. En efecto, la

mayoría de óbitos eran producto por padecimientos asociados a diarreas, enteritis, neumonías, bronconeumonías, bronquitis, gastroenteritis, tuberculosis pulmonar, pero, al mismo tiempo por una gran cantidad de muertes de carácter fetal e infantil. De igual modo, se demostró una mortalidad reunida en grupos de edades tempranas, manifestando que un 32.38% de las muertes totales estuvieron entre las personas recién nacidas hasta los 4 años de edad y 7.74% en mortinatos.

Por lo tanto, la mortalidad infantil cobró un asunto vital en nuestra investigación. Indudablemente, en la primera mitad del siglo XX México tenía Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) más altas que naciones de Europa o de la parte norte de América, evidenciando el atraso de la Transición Demográfica en la sociedad mexicana con respecto a otras latitudes del mundo de países previamente industrializados y fuertes económicamente. De este modo, en Orizaba se presentaron índices elevados, posiblemente en gran parte a las condiciones de vida insalubres para la salud infantil y materna. Sin duda alguna, pese a los esfuerzos por parte de las autoridades políticas y de salubridad todavía persistían perjuicios sociales como ausencia de servicios públicos, malos hábitos alimenticios y de higiene, pobres condiciones de hacinamiento e ignorancia sobre las atenciones pertinentes para recién nacidos y párvulos.

Igualmente, la mortalidad en la ciudad de Orizaba manifestó una menor incidencia de decesos del sexo femenino, demostrando naturalmente una mayor capacidad de sobrevivencia biológica de las mujeres, no obstante, a la par del entorno social y estilos de vida diferentes entre sexos. Así pues, se abre la posibilidad del estudio con perspectiva de género para posibilitar la mirada de aspectos socioculturales, aportando factores determinantes sobre la longevidad de mujeres por encima de los varones. Debido a que, se expuso en ambos sexos una mortalidad semejante por los principales grupos de patologías (gastrointestinales, respiratorias) a diferencia de las muertes más intensas del sexo masculino por el abuso del alcohol, lesiones o causas externas, asociándose al estereotipo machista y osada del varón fuertemente construida en la posrevolución. Mientras tanto, más sustanciales fueron los fallecimientos de mujeres en torno a su anatomía y fisiología

marcado en algún grado por su subordinación y vulnerabilidad en la ausencia de cuidados apropiados durante el embarazo, el parto y el puerperio, de revisiones clínicas para evitar problemas cancerígenos en el sistema reproductivo, patologías genitourinarias y de afecciones del sistema circulatorio. En ese sentido, la incapacidad por atender problemas de salud evitables, lo que orilla a entender elementos conductuales de los grupos sociales de acuerdo al sexo en el fenómeno de la mortalidad.

Por otro lado, el análisis de las actas de defunción de la ciudad de Orizaba reveló una diferencia sustancial entre viudas y viudos, además, vislumbrando más defunciones de mujeres casadas en edades jóvenes a diferencia de los hombres. No obstante, la amplia cantidad de fallecimientos de personas de ambos sexos como solteros estuvo por arriba de casados o viudos representando un alto porcentaje y coincidiendo con una población joven emplazada en la urbe y, quizás, el hábito del concubinato. Pese a ello, se reitera la apertura a temas que se centren en algunos semblantes demográficos a través del análisis de componentes medulares de tipo cultural.

Más allá de lo anterior, se demostró a partir de la mortalidad la significancia del desplazamiento geográfico a la ciudad de Orizaba. E indagar en medida de lo posible las cualidades geográficas e históricas, que conllevó el trasiego de individuos o familias hacia este espacio urbano. Conjuntamente, observar que los núcleos urbanos consisten en territorios hospedadores, especialmente, de gente proveniente de sectores rurales de escasos recursos y ocupaciones del campo. En efecto, se comprobó la trascendencia debido a la estructura económica y su implementación de sectores productivos de carácter industrial, de servicios, comercio, doméstico y profesionista, dejando ver en el análisis del origen de las personas fallecidas en territorio orizabeño manifestando el flujo migratorio tanto de hombres y mujeres venidos de entidades vecinas, municipios veracruzanos y de la región de Orizaba. Idénticamente, se enuncia la demanda de estudios sobre la migración de mujeres, en vista de, la envergadura económica y social de féminas procedentes de otros espacios viendo una figura esencial en la migración interna

del país en pleno proceso de urbanización y desarrollo demográfico de México durante el siglo XX.

De ello resulta necesario decir, que la investigación comprobó a través del caso de la ciudad de Orizaba la continuidad de un régimen demográfico caracterizada por una mortalidad por padecimientos evitables como afecciones digestivas y respiratorias, y encabezada por defunciones en los estratos de edad más jóvenes fundamentalmente: mortinatos e infantes. Esto mismo, contrastó sobre el verdadero impacto de las acciones e instituciones de índole pública y médica en la formación del sistema federal de la Salud Pública en México, lo cual evidenciaría que hasta el cuarto decenio del siglo XX la República todavía sufría estragos demográficos. Debido en gran parte, a las condiciones sociales, urbanas y económicas de la población, que determinó una mortalidad generalmente por afecciones soslayables y atendibles, pese a los avances médicos y los cimientos de la infraestructura institucional de salud nacional.

Si bien, con el paso de los años las tasas de mortalidad fueron en decremento y aumentó la esperanza de vida gradualmente a nivel nacional no podemos hablar en una forma absoluta, que el país empezó a presentar una *Transición Demográfica* en lo ancho y largo del territorio mexicano a partir de las décadas posrevolucionarias hacia mediados del siglo XX. Así, Orizaba es un espacio que confirmó una dinámica histórica y demográfica para comprender en un sentido regional el fenómeno de la mortalidad fuera del marco general que engloba procesos del pasado, sin particularizar o detenerse a observar el conjunto de realidades íntimamente conectadas, pero, a la vez dispares en algunos parámetros.

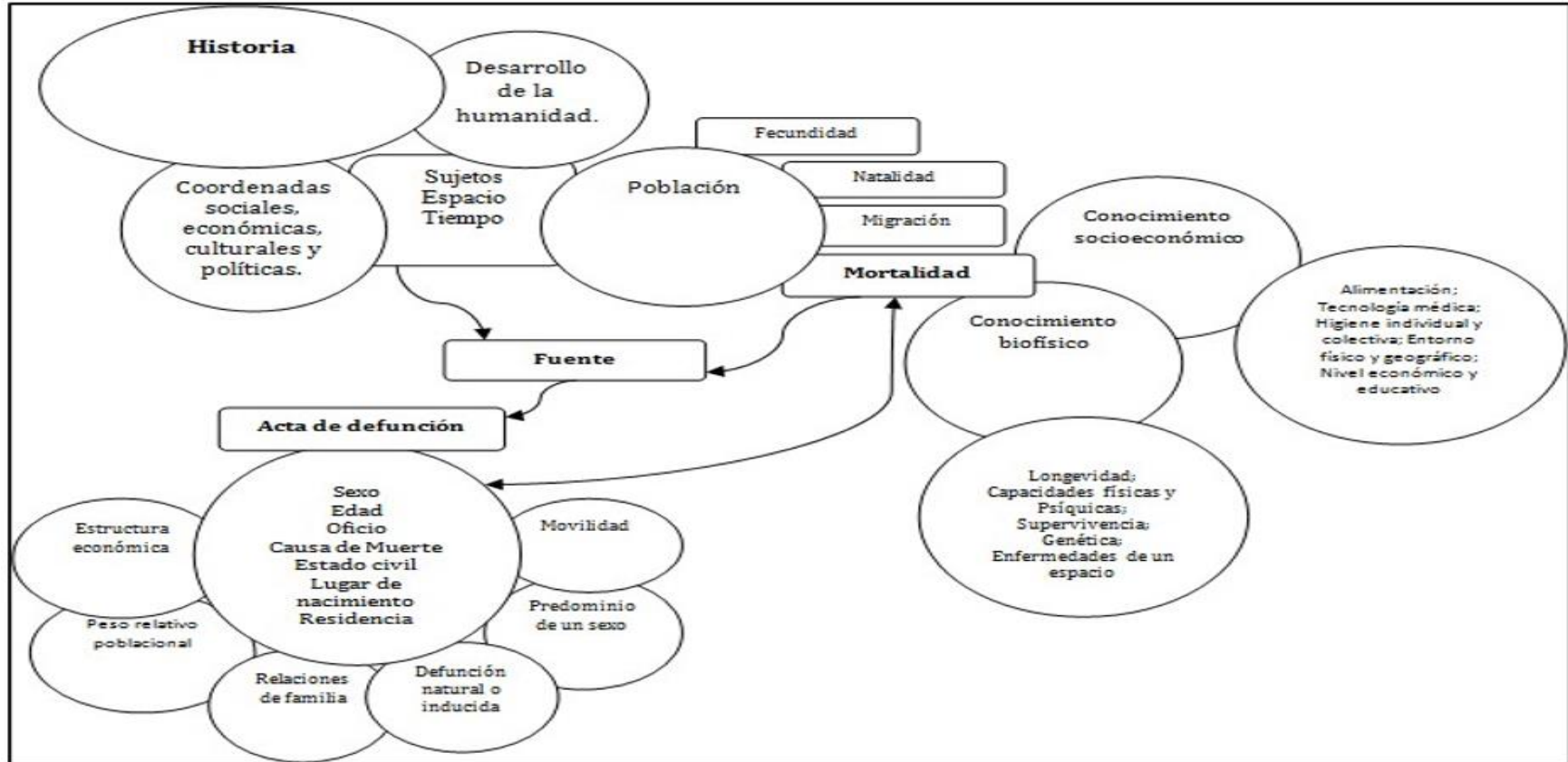
Usualmente, se refiere a México como un país de una incentivación y consolidación de una economía industrializada a inicios de la tercera década del siglo XX. Aunque, existió un desarrollo importante en la tecnificación del sistema productivo nacional y una dinámica mayor en el mercado mundial, debido a una inversión más grande en el mecanismo de transporte y comunicaciones, en la producción moderna agrícola y el sector energético, esto no necesariamente fue compatible con el contexto de un territorio ampliamente rural generalmente formado

en las actividades primarias y artesanales, con bajos niveles educativos y de pobres condiciones de vida; de ahí que, se diera una fuerte movilidad y densidad demográfica en ciudades, que concentraban las actividades laborales mejor remuneradas y salarios formales.

En ese sentido, se demostró que la *Transición Demográfica* de naciones como México se inició y culminó en décadas posteriores de la segunda mitad del siglo XX, y más bien no compatible a profundas transformaciones del comportamiento demográfico o una economía industrializada; sino, por recibir los avances científicos, técnicos y materiales de países desarrollados. De ahí que, se debe sugerir y demandar estudios históricos demográficos que asocien otros tipos de elementos, los cuales han sido obviados, por no asimilar en primera instancia su papel en la transformación demográfica y económica de una población como es: la educación, el género, la tecnología, la violencia y la ciencia. E inclusive, demostrar que en localidades o en grupos indígenas en la República en el presente siguen padeciendo altos índices de mortalidad infantil, muertes maternas y decesos por enfermedades prevenibles, orillando en la necesidad por profundizar la historia demográfica de México, cada vez más interesada y consciente del presente.

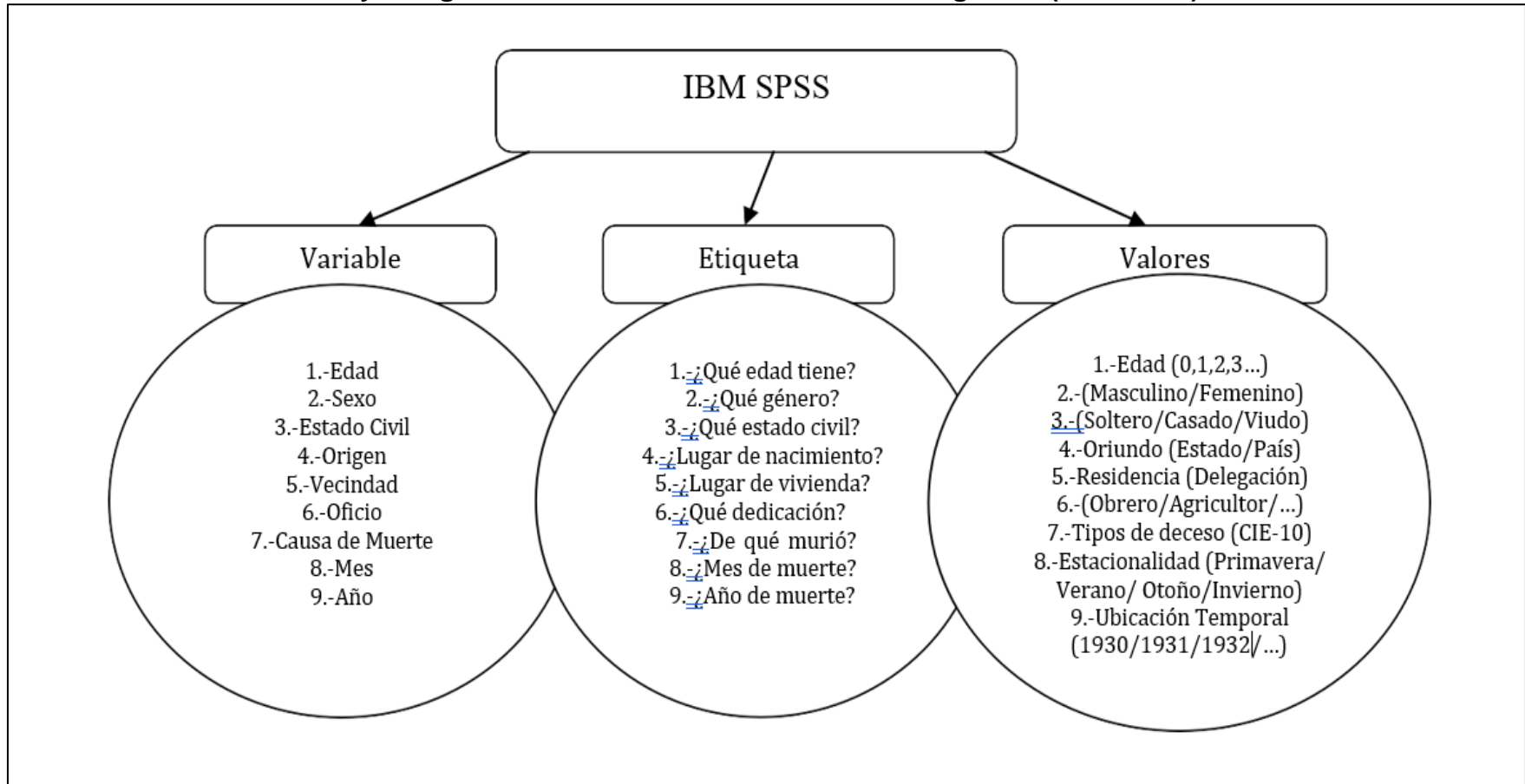
ANEXOS Y APÉNDICE ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN.

Anexo 1-Cuadro 1: **Significados, categorías, características y relaciones del método de investigación del proyecto.**



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2-Cuadro 2: Sistema y categorías en la base de datos de la investigación (IBM SPSS).



Fuente: Elaboración propia.

Apéndice 1-Cuadro 1: **Población de las principales cabeceras cantonales de Veracruz, 1891-1895.**

CABECERA	Censo (1891)	Censo (1895)	Aumento	Aumento relativo %
Xalapa	13,557	18,168	4,611	34.01%
Orizaba	23,548	31,512	7,964	33.82%
Córdoba	6,054	7,974	1,920	31.71%
Veracruz	19,165	24,085	4,920	25.67%

Fuente: Carmen Blázquez Domínguez (Comp.) *Estado de Veracruz Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo IX (Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 4718-4719.

Apéndice 2-Cuadro 2: **Población rural y urbana de los principales municipios del estado de Veracruz, 1930.**

Municipio	Población total	Rural		Urbana	
		<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Xalapa	40,246	1,788 (4.44%)	1,646 (4.09%)	18,523 (46.02%)	18,289 (45.44%)
Orizaba	42,904	-	-	19,578 (45.63%)	23,326 (54.37%)
Córdoba	30,390	7,034 (23.15%)	7,156 (23.55%)	7,135 (23.48%)	9,065 (29.83%)
Veracruz	71,883	2,125 (2.96%)	1,957 (2.72%)	31,102 (43.27%)	36,699 (51.05%)

Fuente: Elaboración propia a partir de INEGI, *Quinto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1930), 18-20.

Apéndice 3-Cuadro 3: **Dedicados en trabajos domésticos por sexo y sección, Orizaba 1940.**

Trabajos domésticos		
Sexo	<u>Quehaceres domésticos sin retribución económica.</u>	<u>Servidumbre asalariada.</u>
Hombres	84	95
Mujeres	15,422	529

Fuente: INEGI, *Sexto censo de población Estado de Veracruz* (México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940), 191.

Apéndice 4-Cuadro 4: **Población extranjera en la ciudad de Orizaba, 1940.**

Alemania	Arabia	Brasil	Gran Bretaña	Checoslovaquia	China	Costa Rica	Cuba	Dinamarca	Turquía
24	3	1	7	1	11	1	6	1	1
Inglaterra	Italia	Japón	Líbano	Nicaragua	Norteamericana	Persia	Perú	Polonia	Uruguay
22	23	12	95	1	27	3	6	10	2
Ecuador	España	Francia	Grecia	Guatemala	Honduras	Rusia	Salvador	Siria	Suecia
1	255	25	5	14	1	3	4	56	3
Total 624									

Fuente: AMO, Secretaría, Caja 804, Número 156, Expediente Padrón de Extranjeros, 1942, 1-20 f. Nota: El padrón tienen un listado total de 632 personas registradas; sin embargo, no se contemplaron aquellos que pusieron en las siguientes categorías: No es visible por el estado de conservación del documento (2 personas), No se asentó la nacionalidad (3 personas), Naturalizado (1 persona) y Nacionalidad mexicana (2 personas).

Apéndice 5-Cuadro 5: **Vacunación en México, 1893-1950.**

Año	1893	1895	1900	1903	1907	1930	1935	1940	1946	1950
Viruela	-	-	-	-	-	600,866	1,447,547	4,088,645	3,629,624	4,248,312
Rabia	-	-	-	-	-	4,016	18,416	51,320	47,120	107,421
Total	123,741	226,420	485,131	427,810	383,154	604,882	1,465,963	4,139,965	3,676,744	4,355,733

Fuente: Cifras tomadas del cuadro 4.7: "Servicios de medicina preventiva otorgados por la SSA, 1893-1996. En INEGI, *Estadísticas Históricas*, tomo I (México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1990), 149.

Apéndice 6-Cuadro 6: **Actividades sanitarias e higiénicas en Veracruz, 1926.**

Sección de Medicina Veterinaria e Instituto Vacunal y Antirrábico.						
Vacuna antirrábica			Animales que resultaron enfermos			
Vacunados	Perros observados	Perros que resultaron rabiosos	De fiebre carbonosa	De piroplasmosis	De tuberculosis	De Contusiones
14	10	0	1	1	0	20
Cerdos con cisticercosis			Productos retirados del consumo público			
1º grado	2º grado	3º grado	Bovinos	Porcinos	Hígados de bovino	Hígados de porcino
20	7	12	4	12	92	71
			Hígados de limpia de bovino	Hígados de limpia de porcino		
			102	29		
Sección de Ingeniería Sanitaria: Visitas de inspección						
Casas de habitaciones	Caños y lavaderos	Patíos de vecindad	Peluquerías	Pulquerías	Panaderías	Escuelas
2,669	103	313	54	20	35	3
Madererías	Negocios de limpia de café	Fábricas de aguas gaseosas	Fábricas de jabón	Fábricas de cerveza	Fábricas de chiles y conservas alimenticias	Fábricas de hielo
3	5	1	1	1	3	2
Fábricas de chocolate	Fábricas de puros					
2	2					
Ordenamientos Sanitarios						
Blanqueo de fachadas de casas	Aseo general de habitaciones	Instalación de tubos ventiladores de excusados	Construcciones y reconstrucciones de excusados	Adaptación de tapas a tanques de agua	Construcción de lavaderos	Reparación de caños
654	137	233	205	7	17	315
Reparación de casas	Instalación de escapes de humo	Excusados de pozo negro	Construcción de fosas sépticas	Cañerías de agua potable	Zahurdas a la zona de tolerancia	Higienización de molinos de nixtamal
554	23	54	17	31	24	20
Acondicionamiento higiénico de baños públicos	Talleres de carpintería					
4	3					

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe que rinde el Ejecutivo del Estado ante la XXX Legislatura el 5 de mayo de 1926, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 5920-5921.

Apéndice 7-Cuadro 7: **Servicios de salubridad pública, Veracruz 1941-1944. (Números relativos).**

Unidades Sanitarias	1941	1942	1943	1944
	6	8	9	9
Centros de Higiene	21	21	22	22
Dispensarios	2	2	3	3
Servicios Antilarvarios	12	12	12	12
Brigada Móviles		3	3	3
Asistencia Infantil		3	4	8
Unidades Internacionales				5
Servicios Médicos Rurales				1
Oficina de Adiestramientos Sanitario				1
Oficinas Auxiliares				2
Clínica del Campesino				1
Vacunación Antitífica		11,923	21, 256	14,602
Vacuna Antidiftérica		3, 292	3, 972	4, 369
Vacuna Antivariolosa		245, 293	653, 722	417, 616
Aportaciones del Gobierno del Estado, para los servicios sanitarios.	\$309 mil	\$369 mil	\$400 mil	\$490,558. 86 pesos

Fuente: Jorge Cerdán. Informe rendido ante la XL H. Legislatura del Estado de Veracruz, correspondiente a la gestión gubernativa desarrollada del 16 de septiembre de 1943 al 15 de septiembre de 1944, y síntesis durante todo el período constitucional, en Blázquez Domínguez comp., *Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986*, tomo XIII (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986), 7256.

Apéndice 8-Cuadro 8: **Comités de Higiene Industrial del Municipio de Orizaba, 1936.**

<i>Cía. Industrial de Orizaba S.A.</i>	
<i>Fábrica de "San Lorenzo"</i>	Delegado Obreros: Manuel Sánchez Martínez y Florentino Bonilla. Delegado Patronal: Jorge Schneider. Médico Asesor: Dr. Ángel Escudero Labat.
<i>Fábrica de Río Blanco</i>	Delegado Patronal: Ing. Lucie Dubois. Médico Asesor: Dr. Rafael Bustos Leal.
<i>Fábrica de Cerritos</i>	Nota: Los obreros no han nombrado aún a sus delegados. Delegados Obreros: Pedro Reyes y Adolfo Celis. Delegado Patronal: Enrique Hett.
<i>Fábrica de Cocolapan</i>	Médico Asesor: Dr. Francisco Meneses. Delegado Patronal: José Crompton. Médico Asesor: Dr. Francisco Meneses. Nota: Debido a las dificultades intergremiales, los obreros no han nombrado a sus delegados.
<i>Cía. Industrial Veracruzana, S. A.</i>	
<i>Fábrica de Santa Rosa</i>	Delegados Obreros: Aurelio Hernández y Francisco T. Olivares. Delegado Patronal: Ing. Aurelio Lobatón. Médico Asesor: Dr. Luis Fuentes Cicero.
<i>Cervecería Moctezuma, S.A.</i>	
<i>Fabrica Cerveza</i>	Delegados Obreros: Miguel Nieto e Isidro Reyero. Delegado Patronal: Alfonso Pérez. Médico Asesor: Dr. Gonzalo Arzamendi.
<i>"Santa Gertrudis" Cía. Limitada, Mafra. De Yute.</i>	
<i>Fábrica de Yute</i>	Delgados Obreros: Guillermo Méndez y Andrés Ramírez. Delegado Patronal: J. Mc Indoe. Médico Asesor: Dr. Luis Fuentes Cicero.
<i>Cía. De Luz Eléctrica y Fuerza Motriz de Orizaba, S.A.</i>	
<i>Planta Tuxpango</i>	Delegados Obreros: Juan Bazaldúa y Sebastián Lozano. Delegado Patronal: A. Compeanni.
<i>Planta Ixtaczoquitzlán</i>	Delegado Obreros: José Fonseca y Pedro Conde. Delegado Patronal: A. Compeanni.
<i>Sociedad Textil Mirafuentes, S. A.</i>	
<i>Fábrica Mirafuentes</i>	Delegados Obreros: No han sido nombrados debido a las últimas dificultades intergremiales. Delegado Patronal: Harold Cartmel. Médico Asesor: Dr. Joaquín J. Salas.
<i>Sres. Guillermo Boeschs Sucrs., S. en C.</i>	
<i>Benéf. De Café</i>	Delegados Obreros: Gabriel Jiménez y Luz Salinas. Delegado Patronal: Erick Jeromin.
<i>Corcho y Lata, S.A.</i>	
<i>Sucursal.</i>	Delegado Obreros: Fidel Vera y Crisóforo Roa. Delegado Patronal: Ramón Torres Lemus.
<i>LA FLORIDA, S.A.</i>	
<i>Fábrica de Pastas y Galletas:</i>	Delegados Obreros: Juan Cruz y Abraham del Valle. Delegado Patronal: Victoriano Lamadrid.
<i>F. J. Ríos, S. en C.</i>	
<i>Sucursal.</i>	Delegados Obreros: Fausto Aguilar y Calixto Trujillo. Delegado Patronal: José Oronoz.
<i>Enrique Fernández.</i>	
<i>Fábrica de Aguas Gaseosas</i>	Delegados Obreros: Manuel Figueiras y Enedino Hernández. Delegado Patronal: Pablo Lartigue.
<i>Segura y Ferrer</i>	
<i>Curtiduría</i>	Delegados Obreros: Félix Castañeda y Emilio Díaz.

	Delegado Patronal: Francisco Ferrer Segura.
	<i>López Hermanos, Sucrs.</i>
<i>Fábrica de ropa hecha "La Suiza"</i>	Delegados Obreros: Felipa Romero y Glafira Cevada. Delegado Patronal: Bernardo López Jr.
	<i>Magdalena G. de Jiménez.</i>
<i>Fábrica de ropa.</i>	Delegados Obreros: Laccadio López y José Hernández. Delegado Patronal: Francisco Jiménez.
	<i>Sucesión de José Contel</i>
<i>Imprenta y Papelería.</i>	Delegados Obreros: Manuel Abascal y Rodolfo Rivera. Delegado Patronal: Leonardo Armas.
	<i>Cía. Editora Orizabeña S.A.</i>
<i>Imprenta.</i>	Delegados Obreros: José Lecumberri y Pastor Merino. Delegado Patronal: Miguel Tello.
	<i>Eduardo Galland.</i>
<i>Imprenta</i>	Delegados Obreros: Ascensión López y Anacleto Hernández. Delegado Patronal: Lorenzo de la Rosa.
	<i>Alfredo Lartigue.</i>
<i>Vinos</i>	Delegado Obreros: José M. Maldonado y Miguel Hernández. Delegado Patronal: Alfredo Lartigue.
<i>Tonelería</i>	Delegados Obreros: José Arenas e Isaías Arenas. Delegado Patronal: Alfredo Lartigue.
<i>Lartigue Hermanos.</i>	Delegados Obreros: Jesús López y José Oliveira. Delegado Patronal: Juan Lartigue.
	<i>Juan Sans</i>
<i>Tonelería</i>	Delegados Obreros: Miguel Rosa y Leobardo Arenas. Delegado Patronal: Juan Sans Jr.

Fuente: AMO, Salubridad, Caja 786, Número 54, Expediente Correspondencia, 1936, 90-93 f.

Apéndice 9-Cuadro 9: **Actividades sanitarias y de higiene en la ciudad de Orizaba por la Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba, (julio-diciembre 1933).**

<p>Visitas practicadas a enfermos: 1,468</p> <p>Vacunación antivariólica: -Primovacunas 928 -Revacunaciones 4,933</p> <p>Tífico-paratífico: -Personas inmunizadas 1,789</p> <p>Pertussis (tos ferina): -Niños inmunizados 296</p> <p>Suero antidiftérico: -Personas inmunizadas 62</p> <p>Servicio antirrábico: -Vacunas aplicadas 20 -Perros sospechosos 20</p> <p>Educación higiénica: -Conferencias sustentadas ante los empleados de esta oficina 10 -Sustentadas ante el público 22</p>	<p>Higiene Infantil: -Reconocimiento a embarazadas 112 -Reconocimiento a púérperas 3 -Niños recién nacidos 11 -Niños atendidos 16 -Consultas dadas 129 -Pláticas a parteras empíricas 45</p> <p>Higiene Escolar: -Reconocimientos médicos escolares practicados 1,418</p> <p>Dispensario Antivenéreo: Enfermos inscritos 687 Enfermos atendidos 2,193 Enfermos reconocidos 451 Enfermos desertores 58 Lavados uretrales 2,584 Inyecciones aplicadas 1,246 Curaciones aplicadas 959 Datos de alta 73 Exámenes a prostitutas 8 Enfermos atendidos 999 Curaciones 680 Inyecciones 1,410</p>
---	---

Fuente: AMO, Salubridad, Caja 782, Número 23, Expediente Informe, 1933, s/f.

Apéndice 10-Cuadro 10: **Laboratorio, inspecciones a diversos establecimientos y certificados de salud por la Unidad Sanitaria Cooperativa de Orizaba, (julio-diciembre 1933).**

Análisis clínicos

Análisis practicados a leches 5,815	Normales 5,670	Aguadas 30	Descremadas 145	Alteradas 0		
Investigación de H. Laveran 15	Positivas 10	Negativas 5	Investigación de bacilos de Koch 26	Positivas 16	Negativas 10	
Investigación de Gonococo 49	Positivas 31	Negativas 18				
Exámenes microscópicos a materias fecales 141	<i>Uncinarias</i> 14	Positivas 9	Negativas 1	<i>Ascárides</i> 65	Positivas 44	Negativas 21
Tricocéfalos 38	Positivas 27	Negativas 11	Oxiuros 4	Positivas 3	Negativas 1	
Amibas 20	Positivas 5	Negativas 15	Muestra de sangre enviadas al laboratorio central para reacción de Wasserman 280		Positivas 63	Negativas 214
Muestras de sangre enviadas al laboratorio central para reacciones de Vidal 16		Positivas 8	Negativas 8			
<u>Bebidas y comestibles</u>						
Para garantizar la pureza de la leche se practicaron		Inspecciones a expendedores ambulantes 3,545	Fijos 787	Establos 60	Muestras recogidas para análisis 5,845	
Inspecciones a otros establecimientos	Expendios de carne 269	Pan y Tahonas 136	Mercados 86	Fondas 307	Molinos de Nixtamal 44	Tiendas de abarrotes 217

	Pulque 21	Expendios de aguas gaseosas 4				
<u>Vigilancia e inspección sanitaria</u>						
Certificados expedidos de buena salud	Expendios de bebidas y comestibles 103	Peluqueros 4	Personas para contraer nupcias 4	Otros 64		
Ingeniería Sanitaria		Visitas de inspección sanitarias a casas particulares 332		Visitas practicadas a otros edificios 688		
Química y Farmacia	Inspecciones a boticas y farmacias 13	Muestras de drogas y productos medicinales remitidos 3	Títulos médicos remitidos al departamento para su registro 1	Visitas a fábricas y talleres 6	Visitas a escuelas 8	Inspección y traslación de cadáveres 5

Fuente: AMO, Salubridad, Caja 782, Número 23, Expediente Informe, 1933, s/f.

Apéndice 11-Cuadro 11: Trabajos de investigación del paludismo en el municipio de Orizaba.

Ixtaczoquitlán	
Charcos inspeccionados.	145
Metros cuadrados.	180,000 índice 10.34
Charcos con anofeles.	15
Metros cuadrados	3,600
Jalapilla	
Charcos inspeccionados.	31
Metros cuadrados.	1,400 índice 6.45
Charcos con anofeles.	2
Metros cuadrados	300
Ojo de agua	
Charcos inspeccionados.	82
Metros cuadrados.	2,000 índice 18.29
Charcos con anofeles.	15
Metros cuadrados	290
Cementerio de Orizaba	
Charcos inspeccionados.	4
Metros cuadrados.	600 índice 75.00
Charcos con anofeles.	3
Metros cuadrados	140
Límite del camino de Córdoba	
Charcos inspeccionados.	180
Metros cuadrados.	1,000 índice 1.11
Charcos con anofeles.	2
Metros cuadrados	70

Resumen	
Charcos inspeccionados.	442
Metros cuadrados.	185,000 índice 8.37
Charcos con anofeles.	37
Metros cuadrados	4,400

Fuente: Carlos Calero, *Orizaba* (Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970), 237-238.

Apéndice 12-Cuadro 12: **Exámenes coprológicos prácticas en la ciudad de Orizaba 1942.**

Patología	Positivo	Negativo
<i>Uncinariasis</i>	87	1,739
<i>Ascárides</i>	664	1,159
<i>Tricocéfalos</i>	577	1,246
<i>Tenias</i>	15	1,808
<i>Amibas</i>	52	1,771
<i>Quistes de amiba histórica</i>	281	1,542
<i>Quistes de Megastoma</i>	58	1,765
Coefficientes específicos para los tres primeros padecimientos.		
<i>Uncinariasis</i>	4.76	
<i>Ascárides</i>	36.42	
<i>Tricocéfalos</i>	31.65	

Fuente: Carlos Calero, *Orizaba* (Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970), 242.

Apéndice 13-Cuadro 13: **Vacunaciones por la Unidad Sanitaria en la ciudad de Orizaba, 1938-1942.**

Vacunas.	1938	1939	1940	1941	1942
<i>T.A.B.</i>	1,772	569	1,324	1,025	1,605
<i>Antidiftérica</i>	57	110	440	1,226	856
<i>Antipertussis</i>	294	461	150	-	-
<i>Toxoide Tetánico</i>	-	9	10	6	-
<i>Antirrábica</i>	-	40	26	41	37
<i>Antivariolosa</i>	13,520	10,754	12,438	27,915	38,576

Fuente: Archivo del Centro de Salud, tomado del Cuadro III-22 en Carlos Calero, *Orizaba* (Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970), 373.

Apéndice 14-Cuadro 14: **Mortalidad por rubros de edad y sexo, Orizaba 1930-1940.**

Rubro de edad	Hombre (%)	Mujer (%)	Diferencia proporcional entre sexos	Total	% de proporción a las muertes totales
1-4 años	1,440 (52.09%)	1,324 (47.91%)	4.18%	2,764	18.31%
5-9 años	424 (52.80%)	379 (47.20%)	5.60%	803	5.32%
10-14 años	168 (55.08%)	137 (44.92%)	10.16%	305	2.02%
15-19 años	262 (55.15%)	213 (44.85%)	10.30%	475	3.14%
20-24 años	390 (58.91%)	272 (41.09%)	17.82%	662	4.38%
25-29 años	405 (57.72%)	299 (47.28%)	10.44%	704	4.66%
30-34 años	349 (59.45%)	238 (40.55%)	18.90%	587	3.88%
35-39 años	495 (62.10%)	302 (37.90%)	24.20%	797	5.28%
40-44 años	322 (59.30%)	221 (40.70%)	18.60%	543	3.59%
45-49 años	342 (58.62%)	245 (41.38%)	11.24%	587	3.88%
50-54 años	259 (51.80%)	241 (48.20%)	3.60%	500	3.31%
55-59 años	250 (51.33%)	237 (48.67%)	2.66%	487	3.22%
60-64 años	229 (46.16%)	267 (53.84%)	7.68%	496	3.28%
65-69 años	201 (44.46%)	251 (55.54%)	11.08%	452	2.99%
70-74 años	144 (39.02%)	225 (60.98%)	21.96%	369	2.44%
75-79 años	138 (37.70%)	228 (62.30%)	24.60%	366	2.42%
>80 años	205 (28.55%)	513 (71.44%)	42.89%	718	4.75%
Total	6,023 (51.85%)	5,592 (48.15%)	5.62%	11,615	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 15-Cuadro 15: **Mortalidad de solteros y solteras. Orizaba 1930-1940.**
(sexo y grupos de edad).

Estado Civil	Soltero (a)			Diferencia absoluta entre ambos sexos
	Hombre	Mujer	Total	
12-14 años	71 (2.61%)	52 (2.68%)	123	19
15-19 años	253 (9.30%)	188 (9.69%)	441	65
20-24 años	356 (13.09%)	215 (11.08%)	571	141
25-29 años	333 (12.24%)	208 (10.72%)	541	125
30-34 años	271 (9.96%)	153 (7.89%)	424	118
35-39 años	353 (12.98%)	176 (9.07%)	529	177
40-44 años	228 (8.38%)	110 (5.67%)	338	118
45-49 años	207 (7.61%)	133 (6.85%)	340	74
50-54 años	145 (5.33%)	110 (5.67%)	255	35
55-59 años	111 (4.08%)	87 (4.48%)	198	24
60-64 años	118 (4.33%)	107 (5.51%)	225	11
65-69 años	79 (2.90%)	81 (4.17%)	160	2
70-74 años	69 (2.53%)	87 (4.48%)	156	18
75-79 años	52 (1.91%)	73 (3.76%)	125	21
>80 años	73 (2.68%)	159 (8.20%)	232	86
Total	2719 (100%)	1939 (100%)	4658	1660

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 16-Cuadro 16: **Mortalidad de casados y casadas, Orizaba 1930-1940.**
(sexo y grupos de edad).

Estado Civil	Casados (a)			Diferencia absoluta entre ambos sexos
	Hombre	Mujer	Total	
12-14 años	0 (0%)	3 (0.40%)	3	3
15-19 años	6 (0.63%)	20 (2.69%)	26	14
20-24 años	24 (2.54%)	51 (6.86%)	75	27
25-29 años	60 (6.36%)	79 (10.63%)	139	19
30-34 años	62 (6.58%)	66 (8.88%)	128	4
35-39 años	119 (12.63%)	89 (11.97%)	208	30
40-44 años	77 (8.17%)	74 (9.95%)	151	3
45-49 años	111 (11.78%)	60 (8.07%)	171	51
50-54 años	91 (9.66%)	56 (7.53%)	147	35
55-59 años	107 (11.35%)	68 (9.15%)	175	39
60-64 años	72 (7.64%)	54 (7.26%)	126	18
65-69 años	76 (8.06%)	48 (6.46%)	124	28
70-74 años	38 (4.03%)	23 (3.09%)	61	15
75-79 años	51 (5.41%)	25 (3.36%)	76	26
>80 años	48 (5.09%)	27 (3.63%)	75	21
<u>Total</u>	942 (100%)	743 (100%)	1,685	199

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 17-Cuadro 17: **Mortalidad, viudos y viudas, Orizaba 1930-1940. (sexo y grupos de edad).**

Estado civil	Viudo (a)			Diferencia absoluta entre ambos sexos
	Hombre	Mujer	Total	
12-14 años	0 (0%)	0 (0%)	0	0
15-19 años	0 (0%)	1 (0.91%)	1	1
20-24 años	3 (0.94%)	2 (0.18%)	5	1
25-29 años	2 (0.62%)	10 (0.91%)	12	8
30-34 años	7 (2.19%)	15 (1.36%)	22	8
35-39 años	5 (1.56%)	34 (3.10%)	39	29
40-44 años	11 (3.44%)	36 (3.28%)	47	25
45-49 años	12 (3.76%)	50 (4.56%)	62	38
50-54 años	17 (5.32%)	70 (6.38%)	87	53
55-59 años	28 (8.77%)	81 (7.39%)	109	53
60-64 años	39 (12.22%)	104 (9.48%)	143	65
65-69 años	44 (13.79%)	122 (11.13%)	166	78
70-74 años	35 (10.97%)	114 (10.40%)	149	79
75-79 años	32 (10.03%)	132 (12.04%)	164	100
>80 años	84 (26.33%)	325 (29.65%)	409	241
<u>Total</u>	319 (100%)	1,096 (100%)	1.415	777

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 18-Cuadro 18: **Mortalidad por sexos y grupos de causas y/o enfermedades, Orizaba 1930-1940. (1 año-80 años en adelante).**

Grupo de causas y/o enfermedades	Hombre	% del total del sexo	Mujer	% del total del sexo	Diferencia proporcional entre sexos
Desconoce	12 (50%)	0.19%	12 (50%)	0.21%	0%
Enfermedades infectocontagiosas	295 (54.02%)	4.89%	251 (45.98%)	4.48%	8.04%
Neoplasias (Cáncer)	56 (21.96%)	0.92%	199 (78.04%)	3.55%	56.08%
Otras	563 (45.11%)	9.34%	685 (54.89%)	12.24%	11.78%
Enfermedades de transmisión sexual	13 (39.39%)	0.21%	20 (60.60%)	0.35%	21.21%
Alcoholismo	129 (82.16%)	2.14%	28 (17.84%)	0.50%	64.32%
Enfermedades del aparato circulatorio	366 (41.44%)	6.07%	517 (58.55%)	9.24%	17.11%
Enfermedades respiratorias	1,118 (51.80%)	18.56%	1,040 (48.20%)	18.59%	3.61%
Enfermedades gastrointestinales y hepáticas	2,133 (50.10%)	34.41%	2,124 (49.90%)	37.97%	0.20%
Enfermedades del aparato genitourinario	265 (37.32%)	4.39%	445 (62.68%)	7.95%	25.36%
Parto, Puerperio y Embarazo	0 (0%)	0.00%	118 (100%)	2.10%	100%
Prenatal y Perinatal	19 (38%)	0.31%	31 (62%)	0.55%	24%
Lesiones y causas externas	1,048 (89.49%)	17.39%	123 (10.51%)	2.19%	78.98%
Total	6,023 (51.85%)	100%	5,593 (48.15%)	100%	3.70%

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 19-Cuadro 19: **Diez primeras causas de muerte fetal, infantil, escolar, Orizaba 1930-1940.**

Posición	Mortinatalidad		Mortalidad Infantil		Mortalidad Preescolar		Mortalidad Escolar	
	Enfermedad	Casos	Enfermedad	Casos	Enfermedad	Casos	Enfermedad	Casos
1	Endometritis materna	367 (31.39%)	Gastroenteritis y Gastroenterocolitis	234 (10.99%)	Enterocolitis	525 (17.48%)	Enterocolitis	132 (17.95%)
2	Sífilis congénita	187 (15.99%)	Enterocolitis	224 (10.52%)	Gastroenteritis y Gastroenterocolitis	470 (15.65%)	Enteritis	116 (15.78%)
3	Distocia fetal/Asfixia por distocia	168 (14.37%)	Bronconeumonía	215 (10.10%)	Enteritis	455 (15.15%)	Diarreas	56 (7.61%)
4	Debilidad congénita	83 (7.11%)	Enteritis	207 (9.72%)	Bronconeumonía	341 (11.35%)	Gastroenteritis y Gastroenterocolitis	51 (6.39%)
5	Falta de desarrollo	76 (6.51%)	Bronquitis	180 (8.45%)	Diarreas	271 (9.02%)	Bronconeumonía	44 (5.98%)
6	Asfixia en el parto/ cordón umbilical/intrauterina	72 (6.16%)	Debilidad congénita	175 (8.22%)	Bronquitis	204 (6.79%)	Parásitos y Lombrices	38 (5.17%)
7	Parto prematuro	37 (3.1%)	Diarreas	171 (8.03%)	Parásitos y Lombrices	66 (2.19%)	Disentería	29 (3.94%)
8	Parto prolongado	25 (2.14%)	Atrepsia infantil	140 (6.57%)	Sarampión	66 (2.19%)	Bronquitis	23 (3.12%)
9	Presentación transversal, nerviosa y viciosa	15 (1.28%)	Sífilis congénita	60 (2.81%)	Disentería	61 (2.03%)	Neumonía	17 (2.31%)
10	Aborto natural/espontáneo	9 (0.76%)	Sarampión	9 (0.42%)	Neumonía	34 (1.13%)	Tuberculosis	15 (2.04%)
Total	1039 (88.87%)		1615 (75.89%)		2493 (83.04%)		521 (70.88%)	
Causas Restantes	130 (11.13%)		466 (24.11%)		509 (16.96%)		214 (29.12%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción y nacimientos del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 20-Cuadro 20: **Lugar de origen de los fallecimientos de personas no nacidas en Orizaba, 1930-1940.**

Localidad o ciudad	Estado	% de las muertes totales	% de las muertes de gente no nacida en Orizaba
Chalchicomula	Puebla	1.53	4.05
Ciudad de México	Ciudad de México	1.13	2.99
Tecamachalco	Puebla	0.92	2.43
Córdoba	Veracruz	0.92	2.43
Tehuacán	Puebla	0.70	1.85
Ciudad de Puebla	Puebla	0.62	1.64
Huatusco	Veracruz	0.60	1.58
Atzacan	Veracruz	0.59	1.56
Oaxaca de Juárez	Oaxaca	0.59	1.56
Nogales	Veracruz	0.55	1.45
Tlacotepec	Puebla	0.54	1.43
Xalapa	Veracruz	0.51	1.35
Zongolica	Veracruz	0.48	1.27
Maltrata	Veracruz	0.40	1.05
Huamantla	Tlaxcala	0.40	1.05
Ixtaczoquitlán	Veracruz	0.37	0.98
El Naranjal	Veracruz	0.31	0.82
Coscomatepec	Veracruz	0.25	0.66
Acultzingo	Veracruz	0.25	0.66
Atzitzintla	Puebla	0.25	0.66
Resto de localidades, ciudades o países (Sin tener en cuenta Orizaba).		25.83	68.45

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

Apéndice 21-Cuadro 21: **Fallecimientos por cuartel y tipo de origen de las personas, 1930-1940.**

	Orizaba	Interior de la República	Extranjero	Desconoce	Suma
Cuartel Primero	870 (10.93%)	400 (6.02%)	7 (5.93%)	3 (0.82%)	1,280 (8.48%)
Cuartel Segundo	758 (9.52%)	349 (5.25%)	10 (8.47%)	1 (0.27%)	1,118 (7.40%)
Cuartel Tercero	2,285 (28.71%)	1,033 (15.54%)	39 (33.05%)	8 (2.19%)	3,365 (22.29%)
Cuartel Cuarto	898 (11.28%)	392 (5.90%)	8 (6.78%)	3 (0.82%)	1,301 (8.62%)
Cuartel Quinto	1,047 (13.15%)	455 (6.85%)	17 (14.41%)	3 (0.82%)	1,522 (10.01%)
Cuartel Sexto	176 (2.21%)	52 (0.78%)	2 (1.69%)	1 (0.27%)	231 (1.53%)
Cuartel Séptimo	332 (4.17%)	143 (2.15%)	3 (2.54%)	1 (0.27%)	479 (3.17%)
Cuartel Octavo	218 (2.74%)	67 (1.01%)	1 (0.85%)	0 (0.0%)	286 (1.89%)
Cuartel Noveno	1,101 (13.83%)	480 (7.22%)	6 (5.08%)	10 (2.73%)	1,597 (10.58%)
Cuartel Décimo	0 (0.0%)	514 (7.73%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	514 (3.40%)
Indeterminado	150 (1.88%)	147 (2.21%)	1 (0.85%)	5 (1.37%)	303 (2.00%)
Vecinos de otras partes	0 (0.0%)	262 (3.94%)	4 (3.39%)	3 (0.82%)	269 (1.78%)
Rancherías y haciendas	98 (1.23%)	72 (1.08%)	0 (0.0%)	4 (1.09%)	174 (1.15%)
Instituciones Públicas	27 (0.34%)	2,280 (34.31%)	20 (16.95%)	324 (88.52%)	2,651 (17.56%)
Total	7,960 (100%)	6,646 (100%)	118 (100%)	366 (100%)	15,090 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Orizaba, 1930-1940. Microfilmadas en Family Search.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS:

ARCHIVO MUNICIPAL DE ORIZABA (AMO).

INEGI:

-*Tercer censo de población Estado de Veracruz*. México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1910.

-*Cuarto censo de población Estado de Veracruz*. México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1921.

-*Quinto censo de población Estado de Veracruz*. México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1930.

-*Sexto censo de población Estado de Veracruz*. México, Veracruz: Secretaría de la Economía Nacional: Dirección General de Estadística, 1940.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS):

-Pan American Journal of Public Health, "Extracto del mensaje del General Álvaro Obregón, presidente de los Estados Unidos Mexicanos", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 2(10), (octubre 1923). Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14162/v2n10p301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

-Pan American Journal of Public Health, "Evolución de la sanidad en México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, núm. 9 (3), (marzo 1930). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/11330>

-Pan American Journal of Public Health, "Primera Convención Federal de trabajadores de salubridad de la República", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, núm. 16 (10), (octubre 1937). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15732>.

-Pan American Journal of Public Health, "La asistencia pública en México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, núm. 20 (11), (noviembre 1941). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/13276>.

FUENTES SECUNDARIAS:

-Agostoni, Claudia.

"Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el Porfiriato". *Revistas UNAM* núm. 19 (2000): 13-31.

"Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México, 1930-1944". *Dynamis*, núm. 39 (2019): 289-310.

-Arango, Joaquín. "La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 10 (abril-junio 1980): 169-198.

- Arzaiba Vilallonga, Mercedes. "Urbanización y condiciones de vida en Vizcaya (1877-1930): Aproximación a las causas sociales de la Mortalidad infantil y juvenil". *Revista Historia Contemporánea* (1999): 209-251.
- Ayala Flores, Hubonor. "La beneficencia pública y privada en Veracruz, actores sociales e instituciones: el caso de Orizaba, 1873-1930". Tesis de Doctorado, Colegio de Michoacán, 2011.
- Barón, Josep Lluís. "Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte". *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, vol. 11, núm. 3 (1993): 49-64.
- Bazant Sánchez, Jan. "Expansión urbana incontrolada y paradigmas de la planeación urbana". *Espacio Abierto*, vol. 19, núm. 3 (julio-septiembre 2010): 475-503.
- Behm Rosas, Hugo. "Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina". *Revista Cubana de Salud Pública* núm. 43 (2), (2017): 287-312.
- Benítez Z., Raúl y Cabrera, Gustavo. *Tablas abreviadas de mortalidad de la población de México, 1930, 1940, 1950, 1960*. México: El Colegio de México, 1967.
- Bermúdez Zatarain Salvador. *Medicina Preventiva e Higiene*. México, UNAM, 1972.
- Betrán Moya, José Luis. *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*. Madrid, La Esfera de los Libros, 2006.
- Birn, Anne-Emanuelle. "Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma". *Dynamis*, núm. 25, (2005): 279-311.
- Boisier Etcheverry, Sergio. "Algunas reflexiones para aproximarse al concepto de ciudad-región". *Estudios Sociales*, vol. 15, núm. 28 (junio 2006):165-189.
- Bravo-Becherelle, Miguel. "Causas principales de mortalidad en México, según edad y sexo". En Ignacio Almada Bay (comp.), *La mortalidad en México, 1922-1975*, 59-80. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
- Blázquez Domínguez, Carmen (comp.)
Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986, tomo X (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986).
Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986, tomo XI (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986).
Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986, tomo XII (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986).
Estado de Veracruz. Informes de sus gobernadores 1826-1986, tomo XIII (Xalapa, Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz, 1986).

-Bernabeu Mestre Josep & Robles González Elena. "Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria". *Política y Sociedad*, núm. 35, (2000): 45-54.

-Bernabue, Josep., Ramiño Fariñas, Sanz Gimeno & Robles González. "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, núm. 21 (2003): 167-193.

-Bernabeu Mestre, Josep. "Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942", *Revista de Demografía Histórica*, núm. 16 (1998): 15-38.

-Calero, Carlos. *Orizaba*. Veracruz: Editorial Citlaltépetl, 1970.

-Castro Luque, Ana Lucía. "Transición Demográfica y Migración en Sonora. Un estudio regional de la evolución de la población durante la segunda mitad del siglo XX". Tesis de Maestría, Departamento de Geografía de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2011.

-Cárdenas Gómez, Erika Patricia. "Migración interna e indígena en México: enfoques y perspectivas", *Intersticios sociales*, núm. 7 (2014): 1-28.

-Clement, Jean-Pierre. "El nacimiento de la higiene urbana en la América española del siglo XVIII". *Revista de Indias*, núm. 171, (enero-junio 1983):77-95.

-Carrillo, Ana María.

"Economía, política y salud pública en México porfiriano (1876-1910)". *História Ciências, Saude-Manguinhos*, vol. 9, (2002): 67-87.

"Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940". *Dynamis*, núm. 25, (2005): 78-145.

Del miedo a la enfermedad al miedo a los pobres: la lucha contra el tifo en el México porfirista". En Elisa Speckman, Claudia Agostoni y Pilar Gonzalbo, *Los miedos en la historia de México* (México, El Colegio de México, UNAM, 2017): 113-147.

-Contreras Cruz, Carlos. *La ciudad de Puebla, estancamiento y modernidad de un perfil urbano en el siglo XIX*. Puebla, Centro de Investigaciones Históricas y Sociales, Instituto de Ciencias, Universidad Autónoma de Puebla, 1986.

-Cordero Campos Rolando & González Tiburcio, Enrique. "La sociedad mexicana hacia el nuevo milenio: cohesión y divergencia". En *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords. Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

- Cordero, Eduardo. "La subestimación de la mortalidad infantil en México". En Ignacio Almada Bay (comp.), *La mortalidad en México, 1922-1975*, 205-228. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
- Cornelius, Wayne. *Los inmigrantes pobres en la ciudad de México y la política*. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.
- Corona Treviño, Leonel. *La Tecnología, siglo XVI al XX*, vol. 12, *Historia Económica de México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México: Océano, 2004.
- Cosío Villegas, Daniel (coord.). *Historia General de México*, tomo. 2. México: Colegio de México, 1976.
- Cuenya Mateos, Miguel Ángel.
Cabildo, Sociedad y Política en la ciudad de Puebla 1750-1910. Puebla, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Dirección General de Fomento Editorial, 2003.
Salud, Enfermedad y Muerte en la ciudad de Puebla. De la Independencia a la Revolución, México: Educación y Cultura: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2010.
Revolución y Tifo en la ciudad de Puebla 1915-1916. México, BUAP: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vélez Pliego", 2008.
- De la Borbolla y Rondero, Óscar. *Los sótanos de Babel*. México, Letras Nuevas: SEP/CREA, 1986.
- De la Garza Salazar, Jaime & Juárez Sánchez, Paula. *El Cáncer*. Nuevo León: UANL, 2014.
- De las Heras Salord, Jaime & Porras Gallo, María Isabel. "Análisis de la transición demográfica y sanitaria en Casas de Juan Núñez (Albacete, España) durante el período 1871-2005". *Revista de Demografía Histórica*, núm. 28 (2010): 97-133.
- De la Peña, Moisés T. *Veracruz Económico* tomo I. Veracruz, Gobierno del Estado de Veracruz, 1946.
- Díaz Díaz, Daniel. "Transporte". En *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords. Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Dopico, Fausto & Abel Losada. "Cantidad y calidad de vida. El empleo de indicadores de mortalidad en la medición del bienestar", *Revista de Demografía Histórica*, núm. 25 (2007): 167-192.

-Durán Alcaraz, Lorena Cynthia & Reyes Paredes, Norberto. "Enfermedades renales y embarazo". *Rev Hosp Gral Dr. M. Gea González*, núm. 2 (mayo-agosto 2006): 82-89.

-Elizondo Alarcón, Jorge & Reséndiz Núñez, Daniel. "Cultura, educación, ciencia & tecnología". En *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords. Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro. México: Fondo de Cultura Económica, 2000. 21.

-Eloy Rivas, Héctor. "¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violencias en la sierra de Sonora". *Estudios Sociales* núm. 26 (julio-diciembre 2005): 28-65.

-Espinoza Muñoz, Alexis. "De la beneficencia a la salud pública". *Revista de Estudios Cotidianos*, núm. 1 (junio 2015): 207-236.

-Fajardo-Ortiz G. "Breve historia de los hospitales del IMSS en Orizaba, Veracruz". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, número 46 (2) (2008): 219-222.

-Fajardo Ortiz G., Ana María Carrillo & Rolando Neri Vela, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*. México, OPS, UNAM, 2002.

-Gabino Castillo, José. "Xalapa y sus miasmas. Higiene y espacio público, 1749--1833". *Ulúa*, núm. 22, (julio-diciembre 2013): 45-70.

-Galindo Peláez, Gerardo. *El Colegio preparatorio de Orizaba, 1824-1910: continuidad y cambio*. Xalapa: Universidad Veracruzana, 2013.

-García Díaz, Bernardo & Laura Zevallos Ortiz. *Orizaba/ texto e investigación*. Veracruz: Archivo General del Estado de Veracruz, 1991.

-García Díaz, Bernardo.

Los trabajadores del Valle de Orizaba y la Revolución Mexicana: retratos de grupo (México: Instituto Veracruzano de la Cultura, 2011).

Documentos, testimonios y crónicas de la Revolución mexicana en Veracruz (Veracruz, Gobierno de Veracruz, 2010) & *Un pueblo fabril del porfiriato: Santa Rosa, Veracruz* (México: FCE, 1981)

-García, Juan César. "La Medicina estatal en América Latina (1880-1930)". *Revista Cubana de Salud Pública*, núm. 42 (1), (2016): 143-175.

-García, Mónica. "Geografía médica, bacteriología y el caso de las fiebres en Colombia en el siglo XIX". *Historia Crítica*, núm. 46 (enero-abril 2012): 66-87.

-García Guerrero, Víctor Manuel. "El futuro demográfico de México: Reflexiones en torno a las proyecciones probabilísticas de población 2016-2050". *Coyuntura Demográfica*, núm. 13 (enero, 2018): 113-122.

-García Peña, Ana Lidia. "Madres solteras, pobres y abandonadas: ciudad de México, siglo XIX". *Historia Mexicana* núm. 3 (enero-marzo 2004): 647-692.

-Garza, Gustavo.

"Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX". *Revista de información y análisis*, núm. 19 (2002): 7-16.

La urbanización en México en el siglo XX. Centro de Estudios Económicos y Demográficos: El Colegio de México, México, 2003.

-Gómez Dantés & Frenk, Julio. "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud". *Salud pública de México* núm. 61 (2), (marzo-abril 2019): 202-211.

-Gómez de León, José. "Retos y oportunidades demográficas del futuro de la población". En *México 2030: nuevo siglo, nuevo país*, coords. Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

-Gómez Galvarriato, Aurora.

Industria y Revolución: Cambio económico y social en el Valle de Orizaba, México. México: Fondo de Cultura Económica, 2016.

Gómez Redondo, Rosa & Faus Bertomeu, Aina. "Estadísticas de causas de muerte: -Una revisión de las fuentes de datos a lo largo del siglo XX". *Revista de Demografía Histórica*, núm. 36 (2018): 43-69.

-Gómez Redondo, Rosa. "Morir infante o morir anciano", *Revista Historia Contemporánea* núm. 18 (1999): 13-18.

-González Cervera, Alfonso & Cárdenas Elizalde, Rosario. *La medición de la mortalidad infantil. Los problemas y las alternativas*. En Ignacio Almada Bay (comp.), *La mortalidad en México, 1922-1975*, 59-80. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.

-González F. J., et al. "Sintomatología respiratoria y función pulmonar en población geriátrica de una comunidad rural gallega: un estudio piloto". *Anales de medicina interna Madrid*, núm. 4 (2003): 183-186.

-González, María G. "La mujer en el ámbito social y económico de Xalapa, 1900-1910". Tesis de licenciatura, Universidad Veracruzana, 2015.

-González Navarro, Moisés.

Población y Sociedad en México (1900-1970) tomo I. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1974.

Los extranjeros en México y los mexicanos en el extranjero, 1821-1970 tomo II. El Colegio de México, México, 1994.

Los extranjeros en México y los mexicanos en el extranjero, 1821-1970 tomo III. El Colegio de México, México, 1994.

- González Portilla, Manuel. *Los orígenes de una metrópoli industrial: La Ría de Bilbao*. Volumen I y II. Bilbao: Fundación BBVA, 2001.
- Gonzalvo-Cirac, Margarita & Gil-Alonso, Fernando. “El descenso pionero de la mortalidad en la provincia de Tarragona, 1900-1960: análisis epidemiológico”, *Revista de Demografía Histórica*, núm. 30, (202): 25-125.
- Gutiérrez Domínguez, Fernando. *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución Mexicana*. México. Secretaría de Salud, INEHRM, 2017.
- Hardy, Ellen & Jiménez, Ana Luisa. “Masculinidad y género”, *Revista Cubana Salud Pública* núm. 27 (2002): 77-88.
- Hernández, Dante. *Monografía, cronología histórica y datos estadísticos de Orizaba 1994*. Veracruz: Talleres de comunidad de Morelos S.A., 1994.
- Lammoglia Acevedo, Humberto. *Orizaba de antaño*. Veracruz, Orizaba: Talleres de Comunidad Morelos, 1996.
- Livi Bacci, Massimo.
Historia mínima de la población mundial. Barcelona: Ariel, 2012.
Introducción a la demografía. Madrid: Ariel, 1993.
- López Ramos, Covadonga. “¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? Una revisión desde el punto de vista biológico”. *Rev. salud ambient*, núm. 20 (2020): 160-166.
- Loria Doria *et al.*, “Tendencia de la mortalidad por cáncer en Argentina, Cuba y Uruguay en un periodo de 15 años”. *Revista Cubana Salud pública*, núm. 2 (2010): 115-125.
- Ludlow, Leonor y María Eugenia Vázquez, *200 emprendedores mexicanos. La construcción de una nación*. México, LID Editorial, 2010.
- Maciel Gómez, Benjamín. *Orizaba. Páginas sueltas de su historia*. Veracruz: Orizaba, Archivo Municipal de Orizaba, 2015.
- Macry, Paolo. *La sociedad contemporánea*. Barcelona: Ariel, 1997.
- Martínez, Ana Luisa. *Orizaba. Historia, costumbres, tradiciones y leyendas*. Orizaba, El Nardo, 2010.
- Melchor Barrera, Zoraya & Diana Melchor Barrera, “Acciones de salud pública en jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística”, *Intersticios Sociales*, núm. 16 (septiembre 2018): 159-186.

-Meyer Wallerstein, Eugenia. *Los niños del Porfiriato y la Revolución Mexicana*. México: Castillo, 2005.

-Molina del Villar, América. "El tifo en la ciudad de México en tiempos de la revolución mexicana, 1913-1916", *Historia Mexicana* núm.64 (3): 1163-1247.

-Naredo, José. *Estudio geográfico, histórico y estadístico del Cantón y de la ciudad de Orizaba*. Orizaba: Imprenta del Hospicio, 2 volúmenes, 1898.

-Olivero, Sandra. "Reflexiones conceptuales sobre los estudios históricos de la sociedad iberoamericana. Entre la demografía histórica y la historia de la población. Historia social: la importancia de la familia". *Revista Electrónica editada por la Asociación de Americanistas* [en línea], núm. 15 (2015): 2-23. [Fecha de consulta: 17 de agosto de 2020].

-Ordóñez López, Cesar Augusto.

Universidad Pedagógica Veracruzana (1979-2017). Un horizonte de 38 años. Xalapa, Veracruz: UPV, 2018.

El Desarrollo Financiero de los grupos de poder en Orizaba. Banca y Crédito Tradicional". Tesis de Doctorado, Universidad del País Vasco, 2013.

"Mujeres: familia, redes de poder y finanzas en la primera modernización de una ciudad fabril. Orizaba (1870-1920)". *Documento de Trabajo IELAT*, núm. 149 (agosto), 2021: 4-56.

-Ortiz Serrano, Ricardo, *et al.*, "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, núm. 2 (2004): 146-160.

-Otero, Hernán. "Las fuentes en la demografía histórica y la historia de la población" en *Hilo de Ariadna. Propuestas metodológicas para la investigación histórica* (eds.) Claudia Salomón et al. Argentina, Buenos Aires, Prometeo, 2019: 185-192.

-Peña Samaniego, Heriberto. *Río Blanco. El Gran Círculo de Obreros Libres y los sucesos del 7 de enero de 1907*. México: CEHSMO, 1975.

-Programa Latinoamericano de Actividades en Población. *Demografía I*. PROLAP: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México, D.F, 1997.

-Rajchenberg, Enrique. "De la Caridad a la indemnización: Orizaba, 1918-1924". Tesis de Doctorado: UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 2002.

-Reher, David-Sven. "La investigación en demografía histórica: pasado, presente y futuro". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, núm. XVIII, (2000): 15-78.

-Ribera Carbó, Eulalia.

"Traza, Ocupación del Espacio y Segregación. La Morfología de Orizaba en el siglo XIX". *Veracruz a Puebla: Un itinerario histórico entre la colonia y el*

Porfiriato, (coords.) Carlos Contreras Cruz & Claudia Patricia Pardo. México, Instituto Mora, 1999.

Herencia colonial y modernidad burguesa en un espacio urbano: el caso de Orizaba en el siglo XIX. México: Instituto Mora, 2003.

-Robles González, Bernabeu Mestre & Benavidad. "La Transición Sanitaria: Una revisión conceptual". *Revista de Demografía Histórica*, núm. 14, (1996):117-144.

-Rodríguez Pérez, Martha Eugenia. "Salud durante el Cardenismo (1934-1940)". *Gaceta Médica de México*, núm. 153 (2017): 608-625.

-Rodríguez de Romo, Ana Cecilia. "La Aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato". *Asociación Médica ABC*, núm.4 (octubre-diciembre 2005): 184-190.

-Rodríguez Kuri, Ariel. "Introducción. Claves ocultas: territorio, población y poder", en Ariel Rodríguez Kuri (coord.), *México Contemporáneo: La Población y La Sociedad, 1808-2014*. México: Colegio de México: Fondo de Cultura Económica, 2015.

- Rodríguez Romo, Ana Cecilia & Martha Eugenia Rodríguez Pérez. "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 5, núm. 2 (1998): 202-211.

-Rohlf's Izabella, *et al.* "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". *Gac Sanit* núm. 14 (2000): 60-71.

-Rojas Corona, Daniel. "Ser nocivo a la sociedad; una aproximación a la legislación penal de Veracruz y a la criminalidad en espacios urbanos: el caso de Xalapa 1896-1916". Tesis de Licenciatura, Universidad Veracruzana, 2014.

-Romero Güereña, José. *Otro ensayo de una Historia de Orizaba* tomo I & II. México, Veracruz: Archivo Municipal de Orizaba, 2003.

-Ronzón, José. *Sanidad y modernización en los puertos del Alto Caribe 1870-1915*. México, Universidad Autónoma Metropolitana: Miguel Ángel Porrúa, 2004.

-Rowland, Robert. "Los regímenes demográficos y sus contextos". *Revista de Demografía Histórica*, núm. 33, (2015): 185-224.

-Tamsa, A.C. *Orizaba Veracruzana*. México: Tamsa, 2018.

-San Martín, Hernán. *Salud y Enfermedad. Ecología humana. Medicina preventiva y social*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1980.

-Semo, Enrique. *México: del antiguo régimen a la modernidad: reforma y revolución*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.

- Solís, Patricio y García-Guerrero, Víctor M. “¿Caminos divergentes a la baja mortalidad? El incremento en la esperanza de vida y la desigualdad de años vividos en América Latina y Europa”. núm. 2 (101), (mayo-agosto, 2019): 365-393.
- Solórzano, Armando. “La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949”. *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 58, núm. 1 (enero-marzo 1996): 173-203.
- Soriano Palao, José. “La mortalidad infantil en los inicios de la transición demográfica, análisis de una parroquia de Yecla (Murcia): 1852-1930”. *Revista Historia Contemporánea* núm. 18 (1999): 253-270.
- Speckman Guerra, Elisa. “Población y sociedad, 1880-1930” en Ariel Rodríguez Kuri (coord.), *México Contemporáneo: La Población y La Sociedad, 1808-2014*. México: Colegio de México: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- Tirado Villegas, Gloria. *Los efectos sociales del Ferrocarril Interoceánico. Puebla en el Porfiriato*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego”, Puebla, 2007.
- Torres Luisa, *et al.* “Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011”. *Salud pública de México*, núm. 5 (septiembre-octubre 2014): 473-491.
- Ulloa, Berta. *Veracruz, capital de la nación (1914-1915)*. México, D.F.: El Colegio de México, 1986.
- Urquidi, Víctor L. *Dinámica de la Población de México*. Centro de Estudios Económicos y Demográficos: El Colegio de México, México, 1970.
- Valdez González, Rogelio. “Origen de la morbilidad neonatal”. *Ginecol Obstet Mex* 2006, vol. 74, núm. 4 (abril 2006): 215-217.
- Wilson, Chris & Airey, Pauline. “¿Qué puede la Teoría de la Transición Demográfica Aprender de la diversidad de regímenes demográficos de bajo crecimiento?”. *Revista de Demografía Histórica*, núm. 17, (1999): 161-200.
- Wrigley, E. A. “Population History in the 1980's”. *Journal of Interdisciplinary History* núm. 12 (1981): 207-226.
- Zavala de Cosío, María Eugenia. “Los antecedentes de la Transición Demográfica en México”. *Demografía histórica*, núm. 1 (julio-septiembre 1992): 103-128.
- Zavala, María Eugenia. “Los antecedentes de la transición demográfica en México”. *Historia Mexicana*, núm. XLII, (1992): 103-128.

FUENTES DE INTERNET:

-Buj Buj, Antonio. "De los miasmas a la malaria". *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, núm. 60 (junio 2000). Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-42.htm> [Fecha de consulta: 20 de marzo 2021].

-Castro Martínez, Pedro V., et al. "¿Qué es una ciudad? Aportaciones para su definición desde la Prehistoria", *Scripta Nova*, vol. 7, núm. 146 (agosto 2003), <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/648> [Fecha de consulta: 28 de junio 2022].

-COLNAL. "Manuel Uribe Tronco": <https://colnal.mx/integrantes/manuel-uribe-troncoso/> [Fecha de consulta: 03 de mayo 2022].

-Díaz, Sosa., Fernández Rodríguez, González Giraldes & Arana Graciaá, "La Microbiología: historia e inserción en los planes de estudios de la Carrera de Medicina en Cuba", *Revista Médica Electrónica*, núm. 1. (enero-febrero 2014). Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema12.htm> [Fecha de consulta: 28 de septiembre 2021].

-Eibenschultz, Catalina y Thelma Raphael, "Historia de la política sanitaria en México", *Estudios Políticos*, número 10 (1992): 135-166. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/48282> [Fecha de consulta: 30 de noviembre 2021].

-Gaceta UNAM. "Las mujeres mueren más por enfermedades del corazón": <https://www.gaceta.unam.mx/las-mujeres-mueren-mas-por-enfermedades-del-corazon/> [Fecha de consulta: 18 de junio 2022].

-Hospital Austral. "Prevención de enfermedades renales en la mujer": <https://www.hospitalaustral.edu.ar/2018/03/prevencion-de-enfermedades-renales-en-la-mujer/> [Fecha de consulta: 12 de junio 2022].

- Innovación para la vida en México. "Se necesita más investigación y perspectiva de género para mejorar la salud cardíaca de las mujeres": <https://amiif.org/se-necesita-mas-investigacion-y-perspectiva-de-genero-para-mejorar-la-salud-cardiaca-de-las-mujeres/> [Fecha de consulta: 17 de junio 2022].

-Organización Mundial de la Salud. "Salud de la mujer": <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health> [Fecha de consulta: 10 de junio 2022].

- Rodríguez López, María Teresa. "Flores para la tierra. Paisaje y cultura en la sierra de Zongolica": https://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/colec_veracruzsigloXXI/AtlasPatrimonioCultural/03ZONGOLICA.pdf, 70-71. [Fecha de consulta: 30 de junio 2022].