



CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

**Debate y negociación en torno a la salud de los trabajadores y el nacimiento del
Instituto Mexicano del Seguro Social, 1928-1954**

Tesis que para optar por el grado de

Doctor en Historia

presenta

Juan José Mena Carrillo

Directora de Tesis: Dra. Aurora Gómez Galvarriato



CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

Aprobada por el Jurado Examinador

PRESIDENTE

PRIMER VOCAL

VOCAL SECRETARIO

Agradecimientos

Hace poco más de cinco años comencé a recorrer un camino que no hubiera podido concluir sin el apoyo de muchas personas e instituciones. Sirvan las presentes palabras para testificarles mi agradecimiento.

Mis estudios en el Programa de Doctorado en Historia, promoción 2015-2018, del Centro de Estudios Históricos, fueron financiados por dos becas, una otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y otra por El Colegio de México. También, expreso mi gratitud a la Fundación COLMEX y a Aeroméxico por el apoyo económico que me ofrecieron para realizar una estancia de investigación en la Colección Latinoamericana Nettie Lee Benson de la Universidad de Texas en Austin. Sin esas becas hubiera sido imposible establecerme en la Ciudad de México y finalizar mi tesis de doctorado.

A El Colegio de México en general, al Centro de Estudios Históricos en particular, así como a quienes integran dichas instituciones, les estoy agradecido por haberme cobijado como estudiante. Durante la fase escolarizada tuve el privilegio de tomar clases con excelentes profesoras y profesores, a todas y todos mi aprecio.

Claudia Agostoni, María Rosa Gudiño, Ernesto Aréchiga, Romana Falcón y Luis Aboites leyeron diferentes versiones de este trabajo, que sin duda se vio profundamente enriquecido por sus críticas, comentarios y sugerencias. A la Dra. Aurora Gómez Galvarriato agradezco su compromiso incasable y sus atentas lecturas. Sus consejos guiaron para bien el rumbo de esta investigación. Además, su interés y preocupación por mi vida académica y familiar hizo amenas todas nuestras reuniones.

Durante el camino recorrido en los últimos años disfruté la compañía de los compañeros y las compañeras de la generación del doctorado, con quienes tuve la oportunidad de discutir en las aulas, pero también de convivir fuera de ellas. Un agradecimiento especial para Catalina, Hernando, Israel, Iván, Mar, Marina, Martín, Óscar, Pedro, Sebas y Víctor. La Ciudad de México también me ofreció la oportunidad de conocer personas fantásticas de todas partes del mundo. Andrea, Elisa, Guillermo, Manuel, Mauricio, Luis de Pablo y Saúl, gracias por su amistad sincera.

A pesar de la distancia los amigos y familiares de Yucatán siempre estuvieron presentes. A Cesar Gutiérrez, Gabriela González, Jessica Ramos, Joaquín Hernández, José Koyoc, Juan Pérez, Mónica Cutz, Nathaly Verde, Rolando Couoh, Victoria Martínez, Tío Ale, Tía Carmen y Tía Fina les agradezco todo su cariño. De mi amigo el Dr. Jorge Castillo y del Dr. Arturo Güémez siempre valoraré su compromiso académico para que pudiera iniciar mis estudios de doctorado.

Por último, mi familia. De mis dos abuelos, Juan y Felipe, y mis dos abuelas, Adelaida y Alicia, siempre admiraré su capacidad para contar historias. A mi papá Juan José, mi mamá María Candelaria, y mis hermanos Bruno y Didier, les estoy eternamente agradecido por el amor incondicional y el ejemplo permanente de crecimiento que ha inspirado toda mi vida.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Introducción | 3 |
| Capítulo 1. Un fenómeno global. El desarrollo internacional de la protección de los trabajadores | 24 |
| “Industria come-hombres”. Aspectos sociales y culturales del trabajo industrial | 24 |
| El inicio de la protección para el trabajador | 28 |
| Un diálogo mundial. Las organizaciones internacionales, 1900-1939 | 33 |
| Capítulo 2. La protección de los trabajadores en México, 1890-1930 | 43 |
| El resguardo de los trabajadores al final del siglo XIX | 43 |
| La salud, la protección y el trabajo durante la posrevolución | 50 |
| ¿Cómo daña el trabajo? | 57 |
| Esfuerzos empresariales, estadística y prensa | 63 |
| Capítulo 3. “Trabajar enferma”. La discusión pública sobre la salud de los trabajadores industriales, 1928-1938 | 71 |
| Un sistema de protección integral. Propuestas sobre el “seguro obrero” | 72 |
| Las opiniones de la “Convención mixta” | 78 |
| Medicina contra la tragedia laboral | 88 |
| El Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo de 1937 | 95 |
| Capítulo 4. La Comisión Técnica y la Ley del Seguro Social, 1939-1942 | 103 |
| México y la Conferencia del Trabajo de los Estados de América | 103 |
| La Comisión Técnica | 112 |
| Un programa de protección de la salud y la economía del trabajador | 116 |
| La promulgación de la Ley del Seguro Social | 124 |

| | |
|--|-----|
| Capítulo 5. Los primeros pasos del IMSS en la Ciudad de México, 1943-1948 | 132 |
| Presentar la novedad..... | 132 |
| “Segura inseguridad”..... | 136 |
| El Frente Nacional Proletario y la oposición obrera al IMSS..... | 141 |
| El debate por la calidad de los servicios médicos del IMSS..... | 148 |
| Construcción del respeto y el prestigio..... | 153 |
| Capítulo 6. “La medicina de los grandes hospitales” y la construcción del hospital “La Raza” | 163 |
| La nueva labor de los hospitales en México..... | 163 |
| El plan de unidades médicas..... | 170 |
| Un sistema integrado de clínicas..... | 173 |
| La construcción del hospital “La Raza”..... | 185 |
| Capítulo 7. El programa de expansión del IMSS en la República Mexicana, 1945-1955 | 192 |
| Un proceso de diálogo..... | 192 |
| Las pautas generales de la expansión..... | 200 |
| Conclusiones | 208 |
| Fuentes y bibliografía | 213 |

Introducción

En el año de 1960, Miguel García Cruz escribió en la obra conmemorativa *México: cincuenta años de revolución* que, ante los riesgos de la vida laboral, el seguro del trabajador “surge con la culminación de la Revolución Mexicana; se estructura a través de las luchas, hasta convertirse en un instrumento positivo de justicia social”.¹ Para García Cruz, ese proceso fue el resultado de un movimiento consensuado que promovió “la armonía y la cooperación”.² En el marco del 50 aniversario del inicio de la Revolución, la historia de los proyectos enfocados en el resguardo de los trabajadores se interpretó como parte de un espíritu de justicia emanado directamente del movimiento social iniciado en 1910.

Retomando aquella idea, esta tesis quiere demostrar que varios argumentos que motivaron la formación de los planes de la salud para la clase laborante se debatieron acaloradamente en espacios públicos de la sociedad mexicana. Intentaré vincular y reflexionar tres cuestiones de la historia de la protección social. En primer lugar, se analiza la discusión de las ideas médicas, laborales y políticas, que surgió en torno a la asistencia para los trabajadores ante los “riesgos sociales y profesionales” que los acompañaron a lo largo de sus actividades, como lo fueron las enfermedades, los accidentes laborales y la muerte.³ Este trabajo busca también examinar las experiencias internacionales que influyeron en los actores involucrados en el nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como las confederaciones obreras, las agrupaciones patronales, los médicos y los técnicos estatales. Las recomendaciones de los organismos internacionales y los informes de los congresos nacionales dan cuenta de un grupo común de conceptos que fueron tomados en cuenta.⁴ Por último, el trabajo describe los primeros pasos del IMSS en la Ciudad de

¹ Miguel García (1909-1969) fue un agrónomo mexicano. Se le encargó la escritura del capítulo sobre el seguro y la protección social en *México: cincuenta años de revolución* porque había sido Secretario General del IMSS de 1943 a 1958.

² GARCÍA, “La seguridad social”, pp. 500-501.

³ Hago uso de los conceptos “riesgos profesionales” y “riesgos sociales” para referirme a un conjunto de percances que pueden ocasionar algún daño a los trabajadores durante su jornada de trabajo y vida cotidiana. Utilizo “riesgos profesionales” para señalar los riesgos a que están expuestos los trabajadores con motivo del trabajo que ejecutan o en el ejercicio del mismo. En esa definición se incluyen los accidentes y las enfermedades del trabajo. El concepto de “riesgos sociales” lo utilizo para referirme a los riesgos a los que está expuesto cualquier individuo que vive en sociedad, como las enfermedades no profesionales y la muerte. *Código Federal*, p. 53.

⁴ El análisis de los vínculos internacionales en la creación de programas de seguros médicos y sociales ha adquirido impulso en las últimas décadas. Para el caso europeo y estadounidense RODGERS, *Atlantic*

México y analiza de qué forma se ensayaron diversas modalidades de atención médica y social.

El objetivo es descubrir los argumentos que surgieron en diversas convenciones obrero/patronales y la forma como estos se relacionaron con la experiencia cotidiana que vivieron los obreros mexicanos en sus espacios labores. Planteo que la creación de los planes de reguardo social y promoción de la salud fue la expresión de actores diversos en constante negociación, con quienes dialogó el Estado.⁵ Se explorará cómo las preocupaciones por las circunstancias de la mano de obra estuvieron insertas en un proceso que involucró el debate de distintos proyectos anteriores a la década de 1940. Toda esa experiencia previa dotó a trabajadores, empresarios, políticos y técnicos estatales de un bagaje teórico suficiente para planear sistemas más ambiciosos a mediados del siglo XX.⁶ También, se expondrá el esfuerzo de los directivos del seguro social para adquirir recursos logísticos y de infraestructura que permitieran iniciar las labores dentro de hospitales, puestos médicos y clínicas del IMSS, así como las reacciones e incertidumbres de los afiliados durante los primeros pasos del programa, un tema poco analizado por la literatura existente.

Antes de la década de 1940 existieron procedimientos de auxilio para la mano de obra pero eran pequeños y sólo funcionaron en sectores estratégicos de la economía nacional en donde existía una fuerte organización obrera, como la industria energética o la minería. Esos sistemas fueron creados por los trabajadores por medio de organizaciones mutualistas o convenidos por los obreros y los empresarios en los contratos colectivos de trabajo. Así, los trabajadores del Sindicato Mexicano de Electricistas (SME) contaron con un programa de apoyo médico en caso de incidentes, contemplados en sus contratos colectivos de la década

Crossings. Un estudio del caso latinoamericano se halla en RAMACCIOTTI, “Diálogos transnacionales”, pp. 201-219.

⁵ Utilizo el concepto “promoción de la salud” en el sentido que la Organización Mundial de la Salud ha construido desde 1948. El organismo lo define como el conjunto de estrategias que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales destinadas a proteger la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud. Sus tres elementos esenciales son buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables. Organización Mundial de la Salud, “Promoción de la salud”, texto virtual consultado el 5 de agosto de 2020, link: <https://www.who.int/healthpromotion/es/>.

⁶ Varias leyes sobre la seguridad del trabajador en los espacios laborales fueron discutidas y expedidas durante las primeras décadas del siglo XX. La Ley del Trabajo del estado de Veracruz (1918) incluía un apartado especial sobre higiene industrial y accidentes del trabajo; en el estado San Luis Potosí se expidió una Ley sobre indemnizaciones y seguridad industrial (1923) que estipuló los métodos de atención médica y económica para los trabajadores. Otros ejemplos regionales los podemos encontrar en REMOLINA, *El artículo 123*.

de 1920. Sin embargo, se trataba de un grupo reducido de trabajadores calificados que eran difíciles de sustituir debido a sus conocimientos técnicos. Además, la concentración de esos obreros en las zonas urbanas facilitó la exposición de sus demandas. Esas características llevaron a The Mexican Light & Power Company a pactar con sus empleados la creación de prestaciones que les permitieran atender a los individuos accidentados o aquejados por alguna enfermedad.⁷

En otros casos los obreros tuvieron que elaborar estrategias para ofrecer ayuda a sus compañeros. Los integrantes del Sindicato Industrial de Trabajadores Mineros Metalúrgicos y Similares de la República Mexicana (SITMMSRM) crearon organizaciones mutualistas con el objetivo de brindar servicio médico a los “trabajadores en desgracia”.⁸ El sindicato también ofreció apoyo legal durante las disputas en materia de incidentes profesionales. Durante la década de 1930 el SITMMSRM acordó con varias empresas mineras de los estados de Coahuila, Chihuahua, Hidalgo, Jalisco, San Luis Potosí y Zacatecas la contratación de médicos especialistas en enfermedades pulmonares, como la *antracosis* y la *silicosis*, para la atención de los mineros afiliados.⁹ Por otra parte, el programa de servicios farmacéuticos y hospitalarios de los petroleros, de finales de los años treinta, ha sido considerado parte de los beneficios otorgados por el Estado mexicano a los grupos que respaldaron la nacionalización de la industria petrolera.¹⁰ De ese modo, las confederaciones obreras, los patronos y las autoridades gubernamentales, con métodos variados, expresaron su preocupación por los problemas de salud de la mano de obra.

A diferencia de los casos mencionados, el IMSS desde sus inicios buscó abarcar un ámbito más amplio de la clase laborante. Se trató de un proyecto que si bien excluyó a grupos importantes de la fuerza laboral, como los trabajadores domésticos, no se circunscribió a una empresa o algún sector industrial. El estudio de la organización y nacimiento del Instituto, entre 1941 y 1944, es un caso relevante para comprender mejor el proceso en el que un grupo

⁷ RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, p. 101; y *Contrato Colectivo*, p. 5.

⁸ Las organizaciones mutualistas fueron asociaciones que se sostenían con la aportación de cuotas de los propios trabajadores. Los asociados recibían, durante los periodos de incapacidad laboral, ayuda en dinero del fondo de ahorro acumulado. RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, pp. 92-93.

⁹ CAMACHO, “El trabajo mata”, pp.160-165.

¹⁰ Después de 1938 los trabajadores del petróleo contaron con programas de seguridad social como parte del paquete de beneficios conseguidos en sus contratos colectivos de trabajo. SPALDING, “Social Security”, p. 169.

amplio de representantes del capital y del proletariado ofrecieron opiniones, basadas en la experiencia nacional y extranjera, para adecuar y hacer viables los planes de salud presentados por las autoridades. La circulación de diversos conceptos médicos y laborales en convenciones y la participación de personajes vinculados a los intereses empresariales y laborales en foros, organizados por las autoridades gubernamentales, me permitirán describir la influencia de los grupos obreros, patronales y profesionales en la planeación de las políticas sociales. En última instancia, se mostrará que el Estado mexicano de la primera mitad del siglo XX fue menos autónomo de lo que hasta ahora se ha considerado, para imponer los proyectos de expansión de sus programas médico/sanitarios, ya que para hacerlo necesitó del respaldo de varios sectores de la sociedad.

De esa manera, esta tesis se inserta dentro de los postulados analíticos de la historia sociocultural de la salud; una perspectiva que pone las relaciones entre las instituciones de gobierno y las estructuras sociales y políticas en el centro de la narrativa. Ese enfoque ayuda a comprender cómo la construcción de los proyectos de salud fue parte de la preocupación de las autoridades y corporaciones sociales de la ciudad, y el país, tanto en el nivel del discurso como en el de las políticas efectivamente puestas en acción.¹¹

Resumen y estado de la cuestión

Durante el siglo XIX el interés por idear planes de resguardo para los trabajadores fue un fenómeno global que surgió como respuesta a los riesgos sanitarios de la industrialización y el crecimiento de la clase laborante. Médicos, políticos y agrupaciones de trabajadores abordaron ese tema desde la perspectiva de la medicina social, una rama de la ciencia médica interesada en las enfermedades ocasionadas por la mecanización de las fábricas y las largas jornadas laborales.¹² El aumento de los problemas de salud entre el proletariado, como las intoxicaciones a causa de los desechos químicos, los accidentes involucrados con el uso de máquinas y la propagación de diversas enfermedades motivó la discusión de programas que

¹¹ ARMUS, “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”, pp. 5-10.

¹² “Los médicos sociales” planteaban que los problemas colectivos de salud eran ocasionados por las condiciones políticas, económicas y culturales. La medicina social aparece en el contexto europeo revolucionario durante la década de 1840 y es retomada en diversos lugares del mundo en el periodo de entreguerras (1918-1939). Entre los personajes involucrados en el desarrollo teórico de la medicina social se puede mencionar a los médicos y políticos alemanes Rudolf Virchow (1821-1903) y Alfred Grotjahn (1869-1931). AGOSTONI, “Médicos rurales”, pp. 761-762.

intentaron promover la implantación medidas de seguridad para las “ocupaciones peligrosas”, la creación de sistemas de auxilio en las industrias y la fijación de estándares de ventilación en los espacios laborales. Aunque se elaboraron propuestas teóricas que admitieron que el ser humano ponía en riesgo su salud en el trabajo fabril, aquellos planes no llegaron a madurar en aquel contexto, entre otros motivos por la derrota de las revoluciones de 1848 en Europa y las crisis políticas que experimentaron los países americanos durante el siglo XIX, como golpes de Estado y guerras regionales.¹³

No fue sino hasta finales del siglo XIX que se consolidaron los sistemas de protección para las clases trabajadoras en países como Alemania, Estados Unidos, Francia e Inglaterra. Esos programas respondieron a la necesidad de crear instituciones que se posicionaran entre los vulnerables medios de reproducción social de los trabajadores y las “monstruosas fuerzas del mercado”.¹⁴ En aquellos años tuvieron lugar diversas propuestas y debates en torno a la difusión de los programas de atención para la mano de obra, su funcionamiento y alcances. Así, en la Alemania de Bismarck, considerado el primer país en instituir el seguro social, la aprobación de las leyes sobre seguros de enfermedades (1881) y de accidentes de trabajo (1884) fue concebida como un elemento pacificador ante las demandas del proletariado especializado. En un primer momento esa legislación sólo cubrió los riesgos sociales y laborales en ocupaciones industriales estratégicas.¹⁵ Por otra parte, en Francia el funcionamiento del seguro médico del trabajador proyectado entre 1893-1914, respondió a la preocupación política por desarrollar generaciones de mano de obra saludables que ayudaran a consolidar al país frente a otras potencias.¹⁶ La heterogeneidad de los proyectos de asistencia para los trabajadores demuestra que en cada contexto nacional se elaboraron formas distintas de negociación de intereses que los dotaron de rasgos específicos.

Esas tendencias también se manifestaron en México a finales del siglo XIX. Fue una etapa de cambios en los procesos de producción en diversas partes de la República. Se

¹³ Un resumen de las preocupaciones sanitarias motivadas por el desarrollo industrial se halla en Rosen, *De la policía médica*, sobre todo en los capítulos 3 y 11.

¹⁴ KOVEN y MICHEL, “Womanly Duties”, p. 1080.

¹⁵ El caso alemán es considerado paradigmático porque fue el primero en adoptar medidas que terminaron por influenciar al resto de los planes de seguros europeos. Entre ellas: un sistema de protección obligatorio, la ampliación paulatina de los asegurados y la creación de aportaciones económicas compartidas entre trabajadores y patrones. LABISCH, “Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World”, p. 601.

¹⁶ NORD, “The Welfare State in France”, p. 829.

consolidaron fábricas textiles en estados como Puebla y Tlaxcala, se inauguraron minas en el norte del país y la industria manufacturera creció a una tasa anual de 4.6% entre 1895 y 1907. En las urbes, las transformaciones económicas propiciaron movimientos migratorios, la capital del país aumentó a más de 500, 000 habitantes entre 1890 y 1910.¹⁷ Estos fenómenos de acumulación de población y transformación de la producción se tradujeron en problemas e incidentes particulares; el Hospital General de la ciudad comenzó a atender un número considerable de trabajadores intoxicados y accidentados como resultado de su relación con herramientas, explosivos y gases. Ante la impresión de que el crecimiento urbano estaba transformando la vida de las personas, la preocupación de las autoridades se concentró en la vigilancia de los espacios de trabajo. El Código Sanitario de 1891 resaltó la importancia de mantener las correctas condiciones de higiene y un orden coherente en las actividades de la clase laborante.¹⁸ A pesar de esas acciones, el cuidado de la salud del proletariado fue tratado de manera secundaria. Las políticas sanitarias se concentraron mucho más en observar que los procesos de producción no afectaran el saneamiento de los espacios públicos. Si bien aquellas estrategias no tuvieron repercusiones importantes a largo plazo, su desarrollo señaló que el Estado y varios grupos sociales estaban tomando conciencia de que las contrariedades laborales exigían programas más ambiciosos.

Otro momento importante ocurrió en la década de 1930. La devaluación de la moneda, provocada por la Gran Depresión, aumentó los precios de los productos importados lo que concedió a la industria mexicana la posibilidad de aumentar y diversificar su producción para satisfacer el mercado nacional. Las empresas empezaron a utilizar de manera intensiva las plantas heredadas de épocas anteriores y a absorber o desplazar las pequeñas industrias artesanales, acelerando la proletarización de los trabajadores urbanos.¹⁹ Durante ese periodo la Ciudad de México consolidó su posición como el centro industrial más importante de la República. En la década de 1940 la capital reunió el 27.4% de los trabajadores industriales y casi 9% de las industrias del país, entre las que destacaron las fábricas de producción textil, de productos químicos, de productos de hule y la editorial.²⁰ Si bien la concentración de

¹⁷ KUNTZ y SPECKMAN, "El Porfiriato", pp. 506-514.

¹⁸ *Código Sanitario*, artículos 111 y 113, p. 31.

¹⁹ Como proporción del producto interno bruto la industria pasó de representar 13.1% a principios de la década de 1920 a 19.4% en 1940. CÁRDENAS, *La industrialización mexicana*, pp. 111-136; y MÁRQUEZ, "La concentración industrial" p. 321.

²⁰ GARZA, *El proceso de industrialización*, pp. 140-154; y *Sexto Censo*, pp. 30-31.

plantas industriales ofreció oportunidades laborales, también creó dificultades por la utilización de procesos mecánicos nuevos. En este contexto, algunos observadores de la época señalaron que las condiciones de los obreros empeoraban debido a la aplicación de la electricidad en máquinas cada vez más poderosas y por el uso de sustancias tóxicas.²¹ Con ese panorama diversos grupos de obreros, médicos y empresarios comenzaron a preguntarse si los accidentes y enfermedades eran resultado de la naturaleza misma del trabajo, del peligro permanente que suponían las máquinas, de la incapacidad de los obreros para comprender el riesgo de la vida laboral, o de la fatiga que se producía tras largas horas de exposición a las actividades.²² De la misma manera, empezó a discutirse si la prevención y solución de los riesgos sociales, como las enfermedades no profesionales, deberían ser atendidas por el aparato estatal o por la sociedad en su conjunto.

Aunque el artículo 123 de la constitución de 1917 había estipulado que “los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales”, varias entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal, no contaron con leyes que detallaran los procedimientos para brindar asistencia a los trabajadores afectados por algún riesgo. Ese hecho ocasionó que la aplicación del mandato constitucional quedara encomendada a la jurisprudencia de los tribunales de justicia o a los criterios emitidos por las Juntas de Conciliación y Arbitraje y la Secretaría de Industria Comercio y Trabajo, dando como resultado resoluciones polémicas.²³ El debate sobre la asignación de la responsabilidad de los riesgos sociales y profesionales terminaría vinculando de forma permanente las esferas médica, política y laboral, además sería el inicio del análisis más amplio sobre los sistemas de protección.

¿Qué grupos sociales percibieron la necesidad de atender los riesgos sociales y del trabajo por medio de planes de salud? ¿Qué ideas compartían los diversos grupos y cuáles fueron fuente de discordia? ¿De qué forma influyó la experiencia internacional entre los actores encargados de construir los proyectos de protección para los trabajadores? ¿Por qué

²¹ PRUNEDA, *Higiene de los trabajadores*, pp. 4 y 54.

²² En su estudio sobre la clase obrera mexicana realizado en 1934, Marjorie Clark señaló que varias pugnas obrero-patronales se relacionaban con los accidentes del trabajo, entre los más frecuentes estaban las indemnizaciones, los costos de hospitalización y la asignación de la responsabilidad. CLARK, *La organización obrera*, pp.184-195.

²³ RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, pp. 95; y Zertuche, “Los riesgos profesionales”, p.152.

fue la Ciudad de México un “laboratorio” en el que se experimentaron programas de salud y seguridad industrial que se extenderían al resto del país? ¿Cuáles fueron los resultados del IMSS en relación con la prevención y la asistencia de los riesgos de la clase trabajadora? ¿Cómo respondió la población amparada? Las preguntas anteriores guiarán esta tesis.

Diversas investigaciones que han estudiado el origen del IMSS lo han concebido como una herramienta de concesión política, en donde el actor fundamental es el Estado. El trabajo pionero de Rose Spalding (1978) ofrece una versión “presidencialista” de su historia.²⁴ La autora atribuye al Presidente Manuel Ávila Camacho y a un grupo de burócratas, encabezados por Ignacio García Téllez, la creación de la institución.²⁵ El estudio explica la aplicación de las políticas sociales de manera vertical. Para Spalding, el carácter autoritario del régimen y el control que ejercía sobre diversos grupos de la sociedad mexicana fueron las herramientas que permitieron imponer un sistema de seguro social a pesar de la oposición de sectores obreros y patronales. Aunque esa tesis ofrece importantes puntos de análisis, como el papel de los funcionarios de gobierno en la formación de las políticas sociales y la influencia de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en diversos procesos técnicos, omite la participación de las organizaciones de trabajadores, los profesionales de la medicina y los patrones en el debate amplio sobre la salud y protección obrera.

Por su parte, la tesis de Richard Wilson (1981), siguiendo el análisis de Spalding, analizó al IMSS como un instrumento del Estado. El investigador norteamericano caracteriza ese proyecto como un incentivo para que la clase trabajadora accediera a construir relaciones corporativistas que dieran forma a las coaliciones que forjó con las autoridades mexicanas, con el propósito de combatir las crisis económicas o ideológicas ocasionadas por la Segunda Guerra Mundial. Lo novedoso del estudio de Wilson fue que colocó los intereses de los trabajadores (salud, economía y protección laboral) como una de las bases del análisis sobre el nacimiento del Instituto.²⁶

²⁴ SPALDING, “Social Security”.

²⁵ Ignacio García Téllez (1897-1985) fue un abogado mexicano que se desempeñó como rector de la Universidad Nacional Autónoma de México de 1929 a 1932 y secretario de gobernación entre 1938 y 1940. Además, fue el segundo Director del IMSS entre 1944 y 1946.

²⁶ WILSON, “The Corporatist Welfare State”.

Entrado el siglo XXI, el estudio de Michelle Dion (2010) planteó que la creación del IMSS no fue una imposición o concesión estatal sino el resultado de las demandas de los trabajadores organizados por medio de la presión política sobre personajes e instituciones vinculados a las autoridades. La autora propone que las organizaciones obreras, como la Confederación de Trabajadores de México (CTM), aprovecharon la crisis política producida por el polémico proceso electoral de 1940 y los esfuerzos de conciliación avilacamachista para impulsar el nacimiento de un proyecto que había sido irrealizable antes de ese año.²⁷ Dion menciona que la CTM no sólo apoyó políticamente la creación del Instituto, sino también apoyo al gobierno a enfrentar la oposición de algunos sectores obreros y patronales en la prensa y en conferencias nacionales. Los aportes de la investigadora son valiosos porque se alejan de las interpretaciones que reducen el análisis a la mera genealogía legal de la seguridad social y los derechos laborales. Además su propuesta ofrece la posibilidad de estudiar la historia del IMSS con una visión amplia que permite identificar todas las posturas involucradas en su desarrollo. Sin embargo, al enmarcar su reflexión en periodos específicos (sexenio de Ávila Camacho), la investigadora no alcanza a percibir el nacimiento de los proyectos de salud dentro de un proceso de discusión y lucha política de larga duración.

Los artículos “Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958” (2010) de Gabriela Barajas; y “Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México, 1930-1944” (2019) de Claudia Agostoni ofrecen perspectivas que abordan aspectos más amplios que el puramente médico.²⁸ Estos trabajos señalan que la creación del IMSS respondió a un proyecto nacional-industrializador que intentó, aunque fuera discursivamente, promover una mano de obra sana y numerosa. Agostoni argumenta que el seguro social, con su plan de instaurar una red de nosocomios en México, cambió el enfoque de la medicina laboral (desarrollada durante la década de 1930) que había estado hasta entonces más ligada a la medicina social y al análisis de las problemáticas económicas, higiénicas y profesionales de la población, que al empleo de recursos tecnológicos y hospitalarios.

²⁷ DION, *Workers and Welfare*, pp. 75-84; y DION, “The Political Origins”, p. 61.

²⁸ AGOSTONI, “Médicos al servicio de los trabajadores”, pp. 289-310; y BARAJAS, “Políticas de bienestar social”, pp. 61-82.

Inspirada por los enfoques de reflexión planteados por Agostoni, Barajas y Dion, esta tesis se plantea subrayar la importancia de la participación de distintos actores sociales en la configuración de los planes de protección social. La historia del IMSS debe superar la postura “presidencialista” e interpretar, con una mirada crítica, el papel de otros personajes (patrones, trabajadores, médicos) vinculados con su creación. Esa participación no sólo fue de presión y respaldo político como plantea Michelle Dion, sino de auténtica discusión sobre las directrices y los alcances reales de la atención del IMSS. Propongo que el debate de los riesgos del trabajador, dentro y fuera del espacio laboral, aportaron propuestas para la creación del proyecto de seguro social. Es precisamente el estudio de un debate porque las organizaciones obreras, médicos, patrones y políticos no necesariamente compartían posturas; interpretaban de forma distinta las experiencias extranjeras y estaban lejos de aspirar al mismo modelo de asistencia para afrontar los peligros del trabajo. Del mismo modo, se intentará rastrear las trayectorias y las redes de relaciones de los sujetos que con sus actos produjeron las prácticas institucionales del IMSS. Esta perspectiva permite ampliar el abanico de actores involucrados en el desarrollo de las instituciones de atención de la salud, ya que reconoce la posibilidad de analizarlas como el producto de las pugnas y convenios sociopolíticos que entretejieron las organizaciones obreras, las patronales, las autoridades gubernamentales y los cuerpos profesionales (médicos, abogados, directivos).²⁹

Hipótesis

Esta investigación parte de la hipótesis de que el proceso de debate sobre las contingencias del trabajador y de construcción del IMSS fue un escenario de negociación, que traspasó el ámbito médico/sanitario y se convirtió en una cuestión que fue de lo laboral a lo político. Las organizaciones de trabajadores y los grupos patronales y de profesionales dialogaron con las autoridades gubernamentales y colocaron el tema de la salud de la mano de obra en la discusión pública. Propongo que el nacimiento del IMSS fue consecuencia de un acuerdo entre el Estado, los empresarios y los trabajadores organizados que pretendió coordinar las respuestas a los riesgos de la clase laborante y con ello intentar reducir las eventualidades de una vida dedicada al trabajo. Un programa fuertemente influenciado por la experiencia de

²⁹ BIERNAT y RAMACCIOTTI, “Preguntas y herramientas”, pp. 9-36.

países de Europa y América.³⁰ Ese pacto alcanzó su máxima expresión durante la era de la “Unidad Nacional” y los procesos de conciliación de clases propiciados por la Segunda Guerra mundial.³¹ La intención de ese acuerdo fue modernizar las relaciones laborales, sobre todo las involucradas con la salud de los trabajadores, para evitar largos procesos legales para dirimir el pago de las indemnizaciones y la atención médica que, como se ha mencionado, fueron un problema durante las primeras décadas del siglo XX. Además, por medio del análisis de la interacción entre los afiliados y el Instituto, planteo que la clase trabajadora no fue una receptora pasiva de los servicios médicos y sociales; al contrario, por medio de la exposición de sus experiencias en la esfera pública, participó en el proceso de transformación de las prestaciones del seguro.

Por último, sugiero que en la Ciudad de México se probaron, casi a manera de laboratorio, los proyectos de atención social del trabajador. Al ofrecer las condiciones económicas y sociales más propicias para su desarrollo, los “ingenieros” del IMSS pensaron que “la capital permitiría obtener, en volumen y grado, experiencias directas para poder gradualmente ir expandiendo los servicios a los demás centros poblacionales”.³² La distribución de los servicios hospitalarios en zonas industriales; y las formas de involucrar a los trabajadores y los patrones en el debate y gestión de algunas prestaciones del sistema fueron métodos que se perfeccionaron en la ciudad con la intención de ser replicados en otras localidades del país.³³ Esto no quiere decir que el éxito de la propagación del seguro social pasaba solamente por el cúmulo de experiencia adquirida en la Ciudad de México, sino que fue desde ese lugar donde se percibieron los problemas de salud del trabajo y desde donde se diseñaron los programas de protección médica y social.

³⁰ La socialización y coordinación de la asistencia contra los riesgos de los trabajadores se discutió en diversos foros, como las Conferencias del Trabajo de los Estados de América de Chile en 1936 y Cuba en 1939. La propuesta intentaba mantener una visión amplia de los problemas del trabajador, enfocándose no sólo en los accidentes y enfermedades profesionales sino también en las enfermedades no profesionales. Además, esa idea proponía la financiación compartida del seguro social, por lo general entre patrones y trabajadores. Chile en 1924 y Perú en 1936 fueron algunos países que crearon sus leyes e instituciones de seguridad social basados en aquellos postulados. DRINOT, *La seducción de la clase obrera*, pp.248-249.

³¹ El discurso de la “Unidad Nacional” fue una estrategia gubernamental que intentó estabilizar el sistema político, dañado por la polémica contienda electoral de 1940 y la agitación internacional de la Segunda Guerra Mundial, apelando al espíritu de unidad de las diversas fuerzas sociales.

³² *México y la seguridad*, tomo II, parte I, pp. 43-44.

³³ Aunque esta tesis le imprime cierta preponderancia al caso de la ciudad capital, pienso que no se puede caer en el error de etiquetar la historia del IMSS en la Ciudad de México como la nacional. Es una historia local cuya relevancia radica en que marcó pautas cruciales para trazar el acontecer en esta materia en todo el país.

La tesis se integra en cuatro planos de análisis: el primero atiende la conexión de las ideas orientadas a la prevención de los riesgos de los trabajadores en México con el mundo. El segundo explora las causas de la preocupación por las condiciones de los trabajadores en la Ciudad de México, por ejemplo la cantidad y la gravedad de los accidentes y los problemas sociales entre los obreros. El tercero aborda el debate que tuvo lugar en congresos y la prensa capitalina, que definió los programas de asistencia de la clase trabajadora y la posterior creación del IMSS. Por último, examinaré los alcances reales de la institución, durante su primera década de existencia, en la esfera de la prevención y la atención de los riesgos sociales y profesionales entre los trabajadores de la capital.

La investigación se centra en los aspectos médicos y materiales del Instituto porque dicho organismo se abocó principalmente, durante sus primeros pasos, a construir un programa de seguridad médica. A mediados de la década de 1960 el 82% (91,351 de 110,758) de los empleados del IMSS estaban involucrados en los servicios médicos, también el 61% de su presupuesto fue invertido en la provisión de servicios clínicos y hospitalarios. Así, los derechohabientes entraron en contacto directo con programas de higiene industrial, hospitalarios, medicina laboral y preventiva diseñados/administrados por el seguro social.³⁴

Cronología y espacio de estudio

Este estudio quiere evitar presentar el pasado como un mundo cerrado; por ello, la cronología se contrapone a los cortes políticos rígidos. La tesis intenta resaltar las alternativas históricas, la complejidad de causas y los motivos que subyacen a la conformación de los planes de protección de la salud. El escrito tiene como punto de partida el año de 1928, fecha en el que se llevó a cabo una de las convenciones obrero-patronales más grandes en la historia de México.³⁵ La convención contó con la participación de los principales grupos patronales nacionales (la Confederación de Cámaras Industriales, la Cámara Minera de México y la Asociación de Empresas Industriales y Comerciales) así como de diversas organizaciones de trabajadores (la Confederación Regional Obrera Mexicana, la Federación de Sindicatos

³⁴ LEAL DE ARAUJO, *Aspectos económicos*, pp. 49-74; y AGOSTONI y SOTO-LAVEAGA, “Science and Public Health”, pp. 7-9.

³⁵ La “Convención mixta” se realizó entre noviembre y diciembre de 1928 en la Ciudad de México. Reunió a 85 representantes de los patrones y 99 de los obreros. Estuvo presidida por el secretario de industria, comercio y trabajo José Manuel Piug Casauranc y el entonces secretario de gobernación Emilio Portes Gil. “Una convención de industriales y operarios”, *Excélsior*, 5 de noviembre de 1928, p. 1.

Obreros del Distrito Federal y la Alianza de Tranviarios de México). En ese espacio se discutió la posibilidad de reglamentar el artículo 123 de la Constitución y resolver algunos de los conflictos más importantes de la relación capital-trabajo, como la creación del reparto de utilidades de las empresas entre sus trabajadores y la regulación de las actividades laborales del niño y de la mujer.

En los últimos días de la reunión se debatió un proyecto de seguro obrero elaborado por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, que se presentó como una iniciativa separada del plan del Código Federal del Trabajo. Sin embargo, el secretario de industria pidió a los asistentes que “con toda libertad se sirvan a exponer sus ideas y presenten las gestiones que estimen pertinentes”, para reforzar los objetivos que podían sostener una institución de seguros.³⁶ La aparición del proyecto en la convención reflejó el interés por el tema entre los actores de la economía nacional. Las cuestiones más debatidas por los delegados fueron los referentes a los riesgos laborales, la medicina del trabajo y la higiene industrial como las bases sobre las que podía fundarse el seguro. Este acontecimiento posicionó a las condiciones laborales y sanitarias de los obreros mexicanos como temas centrales en la esfera pública.³⁷ Tres años después de la convención, en 1931, México ingresó a la OIT, lo que permitió introducir a varios personajes en el diálogo internacional sobre el seguro social.³⁸

El trabajo cierra en 1954, año en que el hospital “La Raza” inició su funcionamiento en la Ciudad de México. Fue un momento culminante porque se convirtió en el primer nosocomio del IMSS que concentró en un solo espacio los servicios médicos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del trabajador. Construido en la delegación Azcapotzalco, una de las zonas con mayor concentración de barrios obreros, el hospital

³⁶ “Sesión del día 8 de diciembre de 1928”, 8 de diciembre de 1928, Archivo General de la Nación (AGN), Departamento del Trabajo, caja 1678, expediente 2, hojas 1-4; y *Proyecto del Código*, anexo 12.

³⁷ Trabajadores, patrones, médicos y políticos tendrían diversas oportunidades para exponer sus inquietudes sobre los temas de seguridad médica y social en otros congresos nacionales e internacionales, como el *Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo* de 1937 y el *Congreso Interamericano de Seguridad Social* de 1945.

³⁸ Entre las personas que asistieron a las reuniones de la OIT entre 1938 y 1942 podemos mencionar a líderes sindicales y funcionarios de gobierno, entre ellos Vicente Lombardo Toledano e Ignacio García Téllez. JENSEN, “From Geneva to the Americas”, pp. 215-240.

materializó los proyectos que pretendían socializar la medicina hospitalaria entre las familias obreras de la Ciudad de México.

Políticos, empresarios y trabajadores declararon que la inauguración del hospital “La Raza” era el primer paso en la búsqueda de la salud para todos los mexicanos y un ejemplo arquitectónico para futuros planes. Asimismo, la importancia simbólica del edificio se reforzó con las obras pictóricas que cubrieron sus paredes. Los murales “El pueblo en demanda de salud” de Diego Rivera y “Por una seguridad completa y para todos los mexicanos” de David Alfaro Siqueiros, finalizados entre 1953 y 1954, ofrecieron una narrativa visual de los inconvenientes que habían mantenido el tema de la salud de la clase trabajadora en debate: la inseguridad ocasionada por la mecanización de la industria y la “lucha” por mejorar sus condiciones de vida en el futuro. Esas pinturas, con una interpretación teleológica, representaron al hospital como el punto más elevado del desarrollo médico de la sociedad mexicana.³⁹ En ese mismo año, los servicios del IMSS empezaron a extenderse a otras ciudades del país, permitiendo que la experiencia adquirida en la capital se aprovechara en otros lugares de la República.⁴⁰ Sin embargo, es importante dejar en claro que el análisis del tema de esta tesis no se constreñirá exclusivamente a este periodo, ya que para entenderlo se regresará en varios momentos a fenómenos sociales, políticos o tecnológicos del siglo XIX, que aceleraron los procesos de urbanización, de transformación de la producción industrial y de creación de sistemas de asistencia para la mano de obra.

Durante el periodo que aborda este estudio se produjeron varios acontecimientos que introdujeron nuevos asuntos a las propuestas de los personajes interesados en definir la protección social. El primero fue la crisis económica de 1929, que al aumentar del desempleo y la escasez de recursos revivió el debate internacional sobre la creación de instituciones de seguros para los trabajadores. La Gran Depresión exacerbó los ánimos y obligó a los gobernantes y actores sociales a desplegar innovaciones en materia política. Un ejemplo paradigmático de esta coyuntura fue el *New Deal* norteamericano encabezado por el Presidente Franklin D. Roosevelt. Ese programa incluyó, como una de sus acciones claves,

³⁹ Un análisis histórico y estético de los murales del hospital “La Raza” se halla en SOTO-LAVEAGA, “Building the nation”, pp. 275-294.

⁴⁰ La primera fase de expansión del IMSS se produce entre 1946 y 1952. El IMSS primero se establece en ciudades como Puebla y Monterrey (1946), después en Guadalajara (1947), Tampico (1950) y Oaxaca (1952). LEAL DE ARAUJO, *Aspectos económicos*, p. 87.

el *Social Security Act* de 1935 que estableció un plan de pensiones federales para la jubilación y la regulación de los subsidios por desempleo.⁴¹

Otros fenómenos internacionales que caracterizaron el periodo estudiado fueron las Guerras Mundiales. Los conflictos bélicos tuvieron efectos en la economía mexicana, aumentaron las exportaciones materias primas y al mismo tiempo impuso la necesidad de producir mercancías que antes se importaban del extranjero, impulsando con ello la industrialización del país. En el contexto internacional, las guerras introdujeron nuevas formas de gestionar la organización política. Por ejemplo, en Inglaterra, durante la Segunda Guerra, los discursos de unidad, solidaridad y compromiso nacional se vieron reflejados en el gobierno de coalición del laborismo y el conservadurismo bajo la égida de Winston Churchill. En ese momento, las autoridades inglesas crearon propuestas para reconstruir el tejido social afectado por el conflicto, siendo el seguro social un tema crucial.⁴² De ese modo, en 1942 William Beveridge publicó el reporte sobre el seguro en Inglaterra que revelaba las preocupaciones internacionales en la materia. El escrito analizó temas como la necesaria intervención estatal en la regulación de las instituciones de seguridad médica y la participación de la clase obrera y patronal en la organización de esas instituciones. Beveridge estaba convencido que el seguro permitiría a las industrias inglesas aumentar los índices de productividad afectados por la guerra y, como consecuencia, mejorar su competitividad internacional.⁴³

En México también se apeló a la “Unidad Nacional” como respuesta a la Segunda Guerra Mundial y a la crisis política derivada de la elección presidencial de 1940, que enfrentó al candidato del Partido de la Revolución Mexicana (PRM) Manuel Ávila Camacho y a Juan Andrew Almazán. La candidatura del general Almazán apoyada por una base heterogénea integrada por grupos obreros separados de la CTM, empresarios y personajes ligados al Partido Acción Nacional (PAN) exhibió la insatisfacción de sectores de la sociedad mexicana por la agitación ideológica desarrollada durante el gobierno de Lázaro Cárdenas

⁴¹ SERRANO, “La crisis económica”, p. 128.

⁴² RAFART, “Recordando a los muertos”, pp. 304-306.

⁴³ Se trata del “Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan” que William Beveridge elaboró por encargo del Ministro del Trabajo de Inglaterra. Ese informe sentó las bases para la instauración del *Welfare State* por parte del gobierno laborista después de la Segunda Guerra Mundial. RAFART, “Recordando a los muertos”, p. 307.

(1934-1940).⁴⁴ Aunque no se puede precisar la magnitud del apoyo a la candidatura de Almazán, la elección de 1940 es recordada por ser polémica. Durante la jornada electoral se registraron zafarranchos y robos de casillas. Los resultados de la votación, según cifras oficiales, le otorgaron la victoria a Ávila Camacho con el 93.89% de los votos, mientras que Almazán sólo alcanzó el 5.72%, una diferencia sumamente exagerada.⁴⁵

El descontento por la elección tuvo el efecto de moderar la política del régimen. El Presidente Ávila Camacho, con el apoyo del PRM, apostó por una gestión conciliadora para armonizar las fuerzas sociales crispadas. El primer indicio conciliatorio se observó en el cambio de la composición de la cámara de diputados. Si bien hasta antes de 1940 todos los diputados fueron miembros del partido oficial, después de ese año los partidos de oposición lograrían ingresar a la cámara y constituir 5% del total. En materia socioeconómica, el Estado incitó la creación de acuerdos entre grupos sociales, como los pactos de Unidad Obrera de 1942 y el Obrero-Industrial de 1945, que intentaron minimizar las disputas entre el capital y el trabajo con el fin de mantener estabilizada la economía durante la Segunda Guerra Mundial.⁴⁶ Aunque los acuerdos no terminaron con los conflictos, simbolizaron espacios de diálogo entre los grupos más significativos de los trabajadores y los empresarios. Por tanto, no es coincidencia que el IMSS surgiera durante la era de la “Unidad Nacional” y que se inspirara en las inquietudes del informe de Beveridge, como el debate sobre la intervención estatal en el resguardo de la salud colectiva y la participación de los obreros y los patrones en la organización de la institución del seguro social.

El espacio de estudio es la Ciudad de México, la urbe con mayor número de fábricas y trabajadores industriales en esa época. En la década de 1930 se consolidó un periodo de expansión industrial que se aceleró en los años siguientes. Ese fenómeno se vio fortalecido por la construcción de carreteras que vincularon a la capital con la frontera norte del país y los principales puertos, facilitando el transporte continuo de mercancías y materias primas.⁴⁷ También, se creó una red de plantas de electricidad alrededor de la metrópoli que pudo

⁴⁴ PAOLI, “Legislación electoral”, pp. 142-144.

⁴⁵ DION, “The Political Origins”, pp. 70-71.

⁴⁶ MEDINA, “Del cardenismo al avilacamachismo”, pp. 283-344.

⁴⁷ En 1927 se construyó la carretera México-Puebla para después continuarla hasta el puerto de Veracruz. Entre los años de 1928 y 1930 se inauguraron las carreteras que conectaron a la ciudad capital con Oaxaca y Nuevo Laredo, esta última la vinculó con el mercado estadounidense. GARZA, *El proceso de industrialización*, pp. 277-280.

alimentar las necesidades de la industria.⁴⁸ Esos hechos impulsaron la concentración de la mano de obra en el centro del país, fenómeno que se vio reflejado en las cifras de los censos industriales realizados a mediados del siglo XX. En la década de 1950, la ciudad contaba con un porcentaje elevado de los trabajadores industriales del país, un 27.5% del total, justo en los años cruciales de la creación del IMSS.⁴⁹ La mayoría de los obreros capitalinos se concentraron en las industrias de materiales mecánicos, productos de petróleo y carbón, textiles y muebles, todas ellas industrias beneficiadas por la infraestructura construida.

Las peculiaridades descritas no pasaron desapercibidas para los “ingenieros” del seguro social, ya que entre las justificaciones para establecer el Instituto en la capital se encontraban el desarrollo industrial, la concentración geográfica de los trabajadores y la existencia de vías de comunicación que facilitarían la distribución de centros de atención médica.⁵⁰ Con esos planes, el hospital “La Raza” situado en la zona norte fue concebido como una unidad eje de los servicios del IMSS en la Ciudad de México, en el que la ubicación y la infraestructura urbana facilitarían el acceso de los derechohabientes, no importando su lugar de procedencia.⁵¹ La creación y expansión del Instituto en la capital no sólo fue un programa político, también representó una reinterpretación del espacio urbano ya que involucró el estudio de la movilidad de la sociedad capitalina y la utilización de vías de comunicación que conectarán a los nosocomios con los principales núcleos de población.

Como parte de un proceso de centralización, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, las principales instituciones de asistencia y las oficinas de las organizaciones de trabajadores más importantes se establecieron en la capital.⁵² Bajo aquel panorama el proyecto del seguro encontró las condiciones propicias para debatirse. Patrones, trabajadores y profesionales de las ramas médicas organizaron charlas de seguridad industrial,

⁴⁸ La Ciudad de México fue favorecida con una creciente provisión de electricidad. En 1922 se fundó la planta eléctrica de Nonoalco y en 1948 se construyó una planta similar en Tacubaya, las únicas centrales ubicadas dentro de la ciudad. GARZA, *El proceso de industrialización*, pp. 230-232.

⁴⁹ El 27.5% equivalía a un total de 363, 275 trabajadores industriales de los 1,319, 163 contabilizados en el país. *Séptimo Censo*, p. 60.

⁵⁰ ARRIAGA, “Ensayo sobre el seguro social”, p.79.

⁵¹ “Hospital de la Raza”, *Boletín de Información*, 16 de septiembre de 1952, p. 31; y SOTO-LAVEAGA, “Building the nation”, p. 282.

⁵² Manuel Ávila Camacho creó la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, en 1941, que ya no dependió a partir de entonces de otra secretaría. Una de las secciones de esa institución fue el Departamento de Seguros, encargado de estudiar con diversas las propuestas relacionadas con el seguro del trabajador.

reglamentos de higiene en las fábricas y participaron en convenciones sobre medicina y seguros sociales realizadas por las autoridades, como el Primer Congreso de Higiene y Medicina del Trabajo realizado en febrero de 1937 en la Ciudad de México.

Fuentes

Las fuentes que se emplearon para la redacción de esta tesis son diversas, desde documentos de archivos nacionales, impresos y folletos de la época, periódicos y bibliografía general sobre el tema de estudio. Ese material me ayudó a reconstruir las posturas de trabajadores, patrones, médicos y políticos sobre los accidentes y enfermedades profesionales, la medicina laboral, los planes sanitarios y el seguro social. Los diarios nacionales, la prensa obrera y las memorias de los congresos médicos resguardados en la Hemeroteca Nacional permitieron analizar el debate sobre la salud del trabajador dentro de la esfera pública mexicana.

Los documentos generados por los gobiernos posrevolucionarios, ubicados en el Archivo General de la Nación en los fondos Departamento del Trabajo, Departamento Autónomo del Trabajo y Secretaría del Trabajo y Previsión Social, me dejaron examinar el proceso de apropiación de valores ligados a las ideas de protección social desde el poder político. Por otro lado, dan luz sobre el lugar estratégico que los programas de resguardo de la salud cobraban en el escenario internacional y cómo el gobierno posrevolucionario intentó conciliar los múltiples intereses en conflicto para su aplicación.

Los reportes de las Direcciones del IMSS encontrados en el Centro Único de Información “Ignacio García Téllez”, ayudaron a estudiar a detalle el funcionamiento de los servicios médicos para los afiliados en la Ciudad de México. Además, los documentos de la sección de la Comisión Técnica redactora de la Ley del Seguro mostraron las pugnas entre los representantes de los patrones y de los trabajadores. Ambos grupos buscaron imponer sus planes sobre el seguro social de acuerdo con sus intereses políticos y económicos. Este tipo de fuentes permiten observar que la organización de los servicios del IMSS fue parte de un proceso de negociación entre diversos actores con ideas muchas veces antagónicas.

La sección “Archivo Incorporado Ignacio García Téllez” del Archivo Histórico de El Colegio de México contiene reportes escritos por diversos personajes involucrados en el nacimiento del IMSS en la ciudad. Se trata de cartas e informes dirigidos a García Téllez,

segundo Director General entre 1944 y 1946, que informan sobre el funcionamiento, avances y retos que enfrentaban los administradores de la institución. Esos datos ayudaron a reconstruir el contexto y los problemas que encararon tanto los empleados del Instituto como los derechohabientes; un proceso que estudios previos habían dejado de lado, y que nos permite analizar los alcances reales de los programas de prevención/asistencia de los riesgos de los trabajadores en la capital de la República mexicana. Por último, en la sección de Libros y Manuscritos Raros de la Colección Latinoamericana “Nettie Lee Benson” de la Universidad de Texas en Austin consulté las tesis de estudiantes de medicina de la Ciudad de México, entre los años de 1876 y 1945, que ofrecieron un panorama de la política sanitaria durante dicho periodo y las inquietudes principales sobre medicina laboral que se discutieron en la década de 1940.

Estructura del estudio

La tesis reconstruirá la discusión pública que definió los programas de protección y los alcances del IMSS en la esfera de la prevención y la atención de los incidentes sociales y profesionales entre los trabajadores de la capital de la República. El primer capítulo analiza el nacimiento de los planes de salud para la clase laborante que se desarrollaron en el mundo desde 1840. Su objetivo es mostrar que el caso mexicano estuvo inserto en un proceso internacional en el que por medio de congresos y los vínculos de intelectuales y técnicos de Estado, propiciados por organismos internacionales, se delinearon tópicos medulares sobre el debate en torno al resguardo de la mano de obra.

El segundo capítulo examina dos fenómenos históricos. Primero, se reconstruyen las percepciones sobre los problemas laborales en México (accidentes, enfermedades, ausencia de medidas de seguridad e higiene industrial) que propiciaron que se reconociera que una vida dedicada al trabajo ponía en riesgo la salud de los individuos. En segundo lugar se analiza el funcionamiento de los proyectos de asistencia y auxilio puestos en marcha por instituciones gubernamentales, obreros y los empresarios entre 1917 y 1928.

Los capítulos tres y cuatro buscan mostrar que los argumentos que motivaron la discusión sobre los planes de protección se desarrollaron en espacios públicos de la sociedad. Así, en el primero de ellos se exploran las formas y mecanismo mediante los cuales el Estado entró en diálogo con actores sociales como médicos, patrones y organizaciones de

trabajadores. De esa forma, junto al estudio de las autoridades y sus políticas, se repasará el impacto que tuvieron en la esfera pública, las reivindicaciones obreras en materia de previsión social, los conocimientos de los profesionales de las ramas médicas y las opiniones de los patrones sobre el tema de “las condiciones de vida” del proletariado. El capítulo cuatro reconstruye las ideas y recomendaciones políticas, sociales e internacionales que permitieron la elaboración de la Ley del Seguro Social. También examina el “papel” de las organizaciones de trabajadores, los grupos empresariales y los miembros de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social dentro de la comisión encargada de escribir la legislación. Busca mostrar que la definición de las características del seguro en México fue el resultado de un largo proceso de discusión internacional y nacional.

Por otra parte, el capítulo cinco reconstruye los primeros pasos de los servicios médico/sociales del IMSS en la capital de la República Mexicana. Además, expone las experiencias de los afiliados, una cuestión poco analizada por los investigadores. Ambos procesos contribuyen a señalar que los primeros años de la institución no fueron en absoluto tranquilos y alentadores, sino llenos de acaloradas discusiones y manifestaciones de descontento. Algo que influiría los proyectos futuros de la institución.

El capítulo seis de la tesis estudia dos eventos: la creación del primer sistema de unidades médicas del IMSS (1948-1950) y la inauguración del hospital “La Raza” en la Ciudad de México (1952). Acontecimientos que contribuyeron a formar la opinión de que la infraestructura hospitalaria constituía una parte fundamental del IMSS para consolidarlo como la institución de salud más importante de la República. De forma específica, se expondrán los acuerdos, entre médicos, trabajadores y el Estado que promovieron el argumento de que los hospitales y las clínicas debían convertirse en los ejes fundamentales de la expansión de las prestaciones médicas del seguro en la capital y el resto del territorio nacional.

Por último, el capítulo siete explica a grandes rasgos las formas como se emprendieron los primeros planes de expansión del IMSS por el país. Un desarrollo que se apoyó en el estudio de las condiciones sociales y políticas de diversas zonas de México. Se expondrá que también se tomó en cuenta la disposición de los trabajadores y los empresarios para aceptar la entrada del Instituto en sus regiones de origen, así como la existencia de

infraestructura que permitiera la creación de servicios de asistencia y medios de comunicación que facilitaran el transporte de recursos humanos y materiales.

Capítulo 1. Un fenómeno global. El desarrollo internacional de la protección de los trabajadores

Este capítulo resume el desarrollo de los proyectos de resguardo de la salud para la clase trabajadora que se formaron alrededor del mundo desde 1840. El objetivo es demostrar que el caso mexicano estuvo inserto en un proceso internacional en el que por medio de conferencias, congresos y el intercambio intelectual propiciado por instituciones como la OIT, se delinearon tópicos e ideas medulares vinculadas al debate en torno a la protección de la clase laborante.

“Industria come-hombres”. Aspectos sociales y culturales del trabajo industrial

Las políticas de conservación de la salud dirigidas a la mano de obra se formaron históricamente dentro de un periodo particular del siglo XIX en Europa y América. En específico, se empezaron discutir, entre las décadas de 1840 y 1890, debido a la necesidad de crear instrumentos que se posicionaran entre los volubles medios de reproducción material de los hombres y mujeres y las amenazas constantes de la vida moderna. La agudización de los problemas higiénicos de las principales ciudades, así como la imposibilidad de los incipientes proyectos médicos como solución a los problemas sanitarios, incidieron en que diversos funcionarios públicos, intelectuales y científicos insistieran que existía un vínculo estrecho entre las contrariedades de la salud y las condiciones políticas y económicas.⁵³

Esos personajes, en su mayoría profesionales de las ramas de la medicina y políticos, llegaron a esas conclusiones al observar, de forma directa, cómo las innovaciones tecnológicas habían creado una industria que no sólo transformó las técnicas de producción, sino también empeoró el ambiente de los espacios laborales al exponer a la mano de obra a sustancias, emanaciones y maquinaria con las que nunca tuvieron contacto en el pasado inmediato. Además, la migración de un número considerable de hombres y mujeres a las ciudades, en busca de trabajo en fábricas y talleres, trajo consigo nuevos peligros como la escasez e inadecuación de la vivienda, la falta de servicios básicos y la pobreza. Todas esas

⁵³ Los proyectos sanitarios enfocados en los obreros estuvieron fuertemente influenciados por la medicina social. “Los médicos sociales” plantearon que los problemas de salud eran ocasionados por las condiciones económicas y culturales que el mundo urbano e industrial imponía a las clases populares de la sociedad. La medicina social, al igual que la preocupación por el trabajo y su vínculo con la salud, aparece en el contexto europeo revolucionario durante la década de 1840. AGOSTONI, “Médicos rurales”, pp. 761-762; y ROSEN, *De la policía médica*, pp. 77-137.

condiciones demográficas y sociales colaboraron para construir un imaginario colectivo oscuro sobre la estructura industrial y la ciudad moderna que pasaron, desde ese momento, a ser percibidas como unos aparatos gigantescos que trajeron consigo “sacrificios humanos frescos” y que convirtieron al trabajo en “un campo de batalla” donde caían cada día cientos de personas.⁵⁴

Las interpretaciones negativas sobre la fábrica y la urbe se reprodujeron rápidamente por todo el mundo occidental con el avance de la industrialización y el desarrollo de diversas contingencias sanitarias. En un análisis del año 1890 sobre las epidemias de cólera en Hamburgo, el médico alemán Adolf Gottstein sostuvo que la última causa de las enfermedades no eran los virus por sí mismos, las fuentes reales se encontraban en los espacios de “desarrollo de las masas” y de las condiciones que la economía le imponía a los grupos más numerosos de las poblaciones. Por su parte, con un lenguaje mucho menos técnico, la clase trabajadora, como describió E. P. Thompson, sintió en carne propia la experiencia de la innovación de la industria en términos de cambio en la naturaleza y la intensidad de la explotación.⁵⁵ Por ejemplo, John Mitchell, vicepresidente de la American Federation of Labor, al relatar la historia de la expansión fabril durante el siglo XIX mencionó que las grandes empresas además de devorar a las pequeñas, permitieron la concentración del capital en pocas manos y trajeron consigo el trabajo con máquinas cada vez más poderosas que “vienen a suplir en gran parte la fuerza muscular y a hacer cada vez mayor la competencia entre los obreros”, produciendo “el enriquecimiento de unos pocos a costa de la miseria fisiológica de los más”.⁵⁶

La imagen de la “ciudad-fábrica” consumidora insaciable de hombres fue una de las más fatídicas en el repositorio representacional de la Revolución Industrial. Fue el periódico inglés *The Times* en 1837 el primero que puso en circulación un género particular de artículos periodísticos vinculados con los percances laborales. En ese año introdujo una historia sobre un incidente acaecido en una fábrica de tejidos. Un joven trabajador “había pasado por descuido” demasiado cerca de una rueda horizontal movida por energía a vapor. La rueda le

⁵⁴ La población de ciudades europeas como Berlín, Londres y París aumentó cerca de un 8% en la décadas de 1840 y 1850. VENEROS, “Aspectos médicos, legales y culturales”, p. 134.

⁵⁵ LABISCH, “Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World”, p. 604; y Thompson, *La formación de la clase obrera*, p. 225.

⁵⁶ VENEROS, “Aspectos médicos, legales y culturales”, p. 134-135.

succionó el pie y, eventualmente, le mutiló ambas piernas.⁵⁷ A los artefactos involucrados en tales accidentes, ampliamente registrados en la prensa, a menudo se les imbuyó de animismo en los relatos; las máquinas “devoraban” a los seres humanos que descuidadamente se ponían a su alcance.

La disociación entre los artefactos de la técnica y su propio creador, y la percepción de amenaza generada por la tecnología plantearon desde los inicios de la actividad fabril una tensión entre el hombre y la maquinaria, animando desde allí todo tipo de fantasías psicosociales de muerte por devoramiento, hambre o desempleo a causa de la sustitución de las fuerzas humanas por las energías inagotables del artilugio técnico. Esas interpretaciones motivaron la creación de varios proyectos político/sanitarios que pretendieron vigilar u observar los aspectos tecnológicos y sociales que afectaban la salud de la mano de obra de las sociedades europeas. En Inglaterra, la Nueva Ley de Pobres de 1834 y la Junta General de Salud fundada en 1848, contaron con consejos especiales de sanidad industrial que se concentraron en cuidar el estado físico y moral de la población obrera por medio de la publicación de manuales de orden y disciplina que previnieran el desconcierto dentro de los espacios laborales.⁵⁸

En Francia, las Leyes de Trabajo de 1874 y la Ley de Asistencia Médica de 1893 profesionalizaron la figura del Inspector Sanitario. Ese personaje no sólo se encargó de elaborar, junto a los empresarios, planes de disciplina al interior de los talleres también vigiló que se aplicaran correctamente las recomendaciones que las Juntas de Sanidad dictaran. Al introducirse en lo más profundo de los procesos laborales, los inspectores intentaron reafirmar la autoridad del Estado sobre los obreros y patronos en las industrias del país.⁵⁹ Si bien, ese tipo de acciones reflejaron el interés político por la vida cotidiana de un grupo específico de población, la peripecias y los cuerpos de los trabajadores todavía no aparecieron como realidades concretas sobre las que se podían hacer cálculos y señalar responsabilidades, o de las que se podían producir conocimientos médico-científicos, sino que aparecieron solamente como fuente de males en sentido biológico y moral. La atención de esos discursos

⁵⁷ CAWTHON, “Apocrypha from the Victorian Workplace”, pp. 56-57.

⁵⁸ BRIGGS, “The Welfare State”, pp. 17-20; y ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, pp. 92-94.

⁵⁹ NORD, “The Welfare State in France”, pp. 822-827.

y políticas se concentraron de forma concisa en el control de la clase trabajadora y los ambientes laborales.

A pesar de esos primeros esfuerzos, la voceada disciplina y el orden fueron, en importante medida, una máscara para la arbitrariedad y la confusión, una fachada tras la cual los operarios enfrentaron un terreno lleno de incertidumbre. Así lo demostraron aparatosos accidentes que pusieron en duda las políticas oficiales. En el año de 1851 el periodista inglés Henry Mayhew en su libro *London Labour and the London Poor*, describió los percances que afectaban a “todos los trabajadores del alcantarillado” de la capital inglesa. Por medio de una serie de entrevistas con “personas que buscaron una vida exigua en el fango y las aberturas de drenaje” se registró que la gran mayoría sufrió, desde muchos años atrás, un conjunto de peligros subterráneos entre los que sobresalían lesiones por impactos de ladrillo, ahogamiento a causa de inundaciones y mordidas de ratas que deambulaban por los alcantarillados.⁶⁰

En Alemania, la Academia de las Ciencias y los estudios estadísticos del médico Rudolf Virchow llegaron a conclusiones similares a las de Mayhew durante las décadas de 1840 y 1850. Virchow expuso en su obra *La reforma médica* que al analizar la producción de hierro y carbón observó que los obreros “están siendo víctima en grado creciente de las mismas enfermedades y accidentes”, entre los que se encontraban envenenamiento por gases y lesiones por la utilización de herramientas más complejas, que las iniciativas individuales pocas veces resolvían satisfactoriamente.⁶¹

En América Latina también sucedieron eventos que exhibieron las condiciones de explotación de los trabajadores. El caso cumbre, por su repercusión internacional, ocurrió en Buenos Aires, Argentina, con la llamada “Catástrofe del Riachuelo”. La población de la capital Argentina creció anualmente entre 1870 y 1890 cerca del 5%, debido a la masiva inmigración europea y a la acelerada urbanización, rebasando el medio millón de habitantes a principios del siglo XX. Ese aumento habría de evidenciar serios problemas de infraestructura y sería una muestra contundente de la irracionalidad del desarrollo urbano, hecha visible por los contingentes de habitantes de la ciudad que pululaban en busca de

⁶⁰ CAWTHON, “Apocrypha from the Victorian Workplace”, p. 61.

⁶¹ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, p. 86.

trabajo y por el hacinamiento en cientos de fábricas. Los fenómenos descritos tuvieron un trágico desenlace en 1913 cuando se registró una explosión en los talleres del Ministerio de Obras Públicas que estaban ubicados en las márgenes del Riachuelo. El accidente tuvo un seguimiento importante en la prensa nacional e internacional porque ocasionó la muerte de cerca de una decena de obreros y puso a la luz la precaria situación que un número considerable de personas tenían que sufrir en espacios laborales reducidos.⁶²

La prensa, los estudios científicos y la experiencia cotidiana de los trabajadores ayudan a reconstruir y entender los temores que produjo la industrialización a través de todo el siglo XIX. La expansión industrial, y el crecimiento urbano que la acompañó, engendraron una sensación de premonición, una impresión de que la vida estaba cambiando demasiado rápido, no solo para la clase trabajadora, sino para todos los que vivían en esos nuevos entornos. Además, la mediatización de los acontecimientos fatales, en los periódicos internacionales, y la aplicación de las estadísticas al análisis social dejaron en claro que las desgracias, que al principio se atribuyeron a las decisiones infelices de los actores individuales, ocurrían con cierta regularidad que tenía poco que ver con fallas particulares.

La nueva percepción cultural de que los problemas de la población y la clase obrera tenían eminentemente una raíz y una repercusión colectiva transformó el análisis político y científico a escala mundial. Los Estados, agrupaciones de trabajadores y distintas comunidades científicas comenzaron a elaborar nuevas ideas y estrategias de defensa social que ofrecieran mejores resultados o, al menos, involucraran a todos los personajes interesados en el tema.

El inicio de la protección para el trabajador

El reconocimiento de que un estilo de vida urbano e industrial vulneraba la integridad física y biológica de los individuos, desde su nacimiento hasta su muerte, motivó planes para aminorar el impacto de los daños. Los obreros pronto percibieron los acontecimientos fatales

⁶² El Riachuelo es un curso de agua de 64 km, que nace en la provincia de Buenos Aires y desemboca en el Río de la Plata, y que constituye el límite Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En sus zonas aledañas funcionaron talleres, fábricas y curtiembres, y en sus márgenes se encuentra uno de los barrios vinculados con la inmigración decimonónica: La Boca. RAMACCIOTTI, “De la culpa al seguro”, pp. 269-270; y SURIANO, “La cuestión social”, pp. 125-126.

como muestras de las fallas e injusticias del trabajo y se plantearon soluciones por medio de fórmulas de solidaridad. Mediante la creación de asociaciones voluntarias, los trabajadores formaron, desde mediados del siglo XIX, fondos económicos para combatir los problemas asociados a su vida cotidiana, como la siniestralidad laboral, la enfermedad, el desempleo y la muerte. Esas agrupaciones recibieron el nombre de “cooperaciones” o “sociedades mutualistas” y se sostuvieron con la aportación de cuotas de los propios trabajadores. Por lo general, se formaron con individuos con el mismo oficio y durante los periodos de incapacidad podían recibir apoyo material (médico, farmacéutico y hospitalario) o sumas de dinero del fondo recolectado.⁶³

Las mutualidades se desarrollaron rápidamente por casi toda Europa. En Londres se registraron más de sesenta en la década de 1830; en Lisboa, en medio de la resistencia a la fiebre amarilla, surgieron hasta ochenta y cinco cooperaciones para el período de 1856-1857; y en París se contabilizaron setenta en 1850. Sin embargo, su desarrollo despertó entre las autoridades el temor de que dentro de esas asociaciones surgieran, bajo el calor de distintas ideologías obreristas, nuevas formas de organización revolucionaria. Eso originó que los gobiernos europeos intentaran vigilarlas y controlar su crecimiento por medio de diversas legislaciones. En Bélgica las sociedades mutualistas recibieron un primer reconocimiento legal en 1831. La expansión de las "Friendly Societies" inglesas coincidió con las leyes de regularización de las mismas de la década de 1820. En España se autorizaron asociaciones de socorros mutuos en 1839. Al mismo tiempo, durante todo el siglo XIX aparecieron en la región territorial que después sería Alemania sociedades obreras dedicadas al auxilio mutuo, y a partir de 1854-1856 los obreros prusianos fueron inducidos a la afiliación en esas sociedades de socorros, que serían objeto de control en 1876 por una ley imperial.⁶⁴

Aunque los procedimientos de auxilio administrados por las sociedades mutualistas fueron exiguos y pronto fueron vigilados por las leyes de los Estados; su desarrollo demostró

⁶³ Las organizaciones mutualistas pueden definirse, por sus actividades tempranas en Europa y América, como asociaciones que se mantuvieron con la aportación económica regular de los trabajadores. Los asociados recibían, durante las fases inesperadas de incapacidad laboral, ayuda monetaria. Además, durante la enfermedad o la muerte, los propios obreros o sus familiares podían pagar servicios médicos o funerarios con parte de los ahorros acumulados. Algunas Organizaciones recibieron nombres que demuestran la incertidumbre que causó, entre las clases laborantes, la inactividad. Por ejemplo, en México, entre 1860 y 1900, existieron cooperaciones nombradas como la “Esperanza” o la “Unión”. RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, pp. 92-93.

⁶⁴ SOLÀ, “El mutualismo y su función social”, pp. 179-180; y WEINBREN, “Supporting self-help”, pp. 67-88.

que ya no sólo la concentración espacial de un número elevado de trabajadores probaba el carácter colectivo de los problemas de “del mundo laboral”, sino también las nuevas organizaciones de la mano de obra. Así, la promoción de cooperaciones y sociedades de autoayuda evidenció ampliamente el miedo a una existencia sumida en la precariedad y la estrategia de apoyo/solidaridad desarrollado como respuesta a las formas modernas de explotación.

El temor y la organización contra la miseria, que las labores en la fábrica ocasionaban entre la población, obligó a un paulatino cambio, técnico y político, del uso de la fuerza de trabajo. Para combatir el agotamiento a corto plazo del proletariado, se empezó a plantear la idea de asegurar permanentemente una reserva laboral de suficiente calidad y número. Se emprendió la búsqueda y definición de un nuevo tipo de obrero cuya principal cualidad fuera la buena salud. De esa manera, el trabajo no tenía por qué destruir el cuerpo del ser humano pues era una actividad que en lugar de menoscabar debía fomentar sus buenas cualidades: perfecto estado físico y ambición de progreso.⁶⁵

Esos nuevos argumentos significaron que los proletarios y los dueños de las fábricas y talleres tendrían que empezar a aceptar que el resguardo de la salud era un objetivo supremo y, como tal, redefinirían su estilo de vida y métodos laborales con colaboración de los principios derivados de la medicina y de las autoridades de gobierno. El objetivo fue que las contrariedades de la clase trabajadora se convirtieran en un tema de salud pública, en otras palabras, que fueran canalizados políticamente y con colaboración de instituciones estatales. La protección de los trabajadores ofreció un instrumento tanto para un control neutral del comportamiento como para crear un plan alternativo y, dentro de lo posible, pacífico para tratar los inconvenientes sociales.⁶⁶

Con ese nuevo impulso surgieron, por medio de diversas legislaciones, los primeros sistemas de protección oficiales para la clase trabajadora en el continente europeo. Alemania fue el primer país que con la expedición de las leyes de enfermedades generales (1883) y accidentes del trabajo (1884) formó un proyecto inicial de seguro médico y social. Inicialmente tuvo un componente político, ambas leyes se aplicaron exclusivamente a los

⁶⁵ GALLO y MÁRQUEZ, “Higiene industrial, Medicina del trabajo”, pp. 2-3.

⁶⁶ LABISCH, “Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World”, p. 600.

empleados de las industrias manufactureras y metalúrgicas entre los que los movimientos obreros radicales y sindicalistas reclutaban a sus elementos principales. Sin embargo, entre las justificaciones del plan se puede encontrar la necesidad de ampliar las responsabilidades del Estado, y la sociedad en general, sobre la salud de los “componentes humanos de la producción y la economía nacionales”. El Canciller alemán Otto von Bismarck expuso en el año de 1882 que:

El Estado, con el apoyo de la sociedad, que puede organizar instituciones y reunir dinero más fácilmente debía ser el que tome el asunto de la salud de la población en sus manos. No como limosna, sino como derecho a recibir ayuda, cuando las fuerzas se agoten y, a pesar de la buena voluntad, no se pueda trabajar más.⁶⁷

En ese párrafo se puede deducir que se formaba un elemento nuevo de política; una legislación que atraería a las clases económicamente débiles para unirlos en torno al Estado y, en definitiva, robustecer la autoridad de éste. Pero también se intentó crear un instrumento que anulara las injusticias derivadas del modo de producción industrial, y la forma de explotación capitalista, con procedimientos que contrarrestaran la acción de los riesgos más típicos del “mundo del trabajo”. Por ejemplo, si un trabajador caía enfermo, la ley de enfermedades garantizaba atención médica o ayuda financiera para la obtención de medicamentos; y cuando un obrero sufriera un accidente los fondos de compensación sufragarían todos los gastos.

Es importante resaltar el carácter paradigmático de la legislación alemana porque delineó el debate sobre el resguardo social en otros países del mundo. Sus principales características fueron: a) la participación de los obreros y los industriales en el financiamiento del programa de protección sobre las enfermedades, salvo el de accidentes laborales que estaría íntegramente sostenido por el patrón; b) participación del Estado, en representación de la sociedad, en el sostenimiento y financiamiento del seguro de enfermedades; y c) administración autárquica del sistema, con intervención de los destinatarios del servicio, patrones y trabajadores.⁶⁸

⁶⁷ *México y la Seguridad Social*, tomo I, p. 275.

⁶⁸ *México y la Seguridad Social*, tomo I, pp. 276-277.

Al repasar las características del proyecto alemán se puede apuntar que el planteamiento que lo impulsaba era el de la solidaridad colectiva, ya que los beneficiarios contribuirían con sus aportaciones directas al fondo económico. Al involucrar a los grupos de la sociedad interesados en la promoción de métodos de conservación de la salud, se aceptó que los problemas del “mundo y el trabajo moderno” tenían un carácter social por lo que era necesario consultar y agrupar las opiniones del empresariado y la mano de obra. Por esas razones los trabajadores o patrones afiliados no estarían en calidad de asistidos, disfrutando de una institución de beneficencia, sino que se hallarían en presencia de un derecho fundado en su participación dentro del sistema de protección.

A partir de aquel primer envión, algunos proyectos similares se crearon alrededor del mundo afinando o reafirmando los postulados presentados líneas arriba. Francia promulgó su Ley de Seguro contra Accidentes en 1898 que se amplió en 1910 con el Esquema de Pensiones para los trabajadores incapacitados para laborar. Este último proyecto contó con la participación económica del Estado, los industriales y los grupos de trabajadores que desearan participar voluntariamente. Por otra parte, Inglaterra formó su Ley de Seguros Sociales en 1911. Esa reglamentación abarcó la defensa contra enfermedades, el paro involuntario e incidentes laborales. David Lloyd, Ministro de Hacienda inglés, señaló durante la presentación de la ley que su fin era crear “un sistema de coordinación racional” de los servicios de protección que permitiera a las autoridades de gobierno administrar eficientemente todas sus instituciones médicas y sanitarias.⁶⁹

Es significativo anotar que la publicación de esas legislaciones codificó y reconoció que la “existencia” conllevaba una medida de peligro (enfermedades, accidentes, muerte) que afectaba física y económicamente a los seres humanos y por la cual ningún actor social podía ser considerado completamente responsable. Ante esos hechos se afirmó la obligación de la sociedad de proteger a sus miembros contra las contingencias inevitables que acompañaban a la vida común. Ese razonamiento introdujo la noción jurídica del riesgo. Esa idea, presente en todas las legislaturas citadas, sostuvo que el peligro físico y sanitario era una característica endémica del mundo industrial. En otras palabras, cuando los trabajadores, o la población en general, fueran víctimas de percances sociales no había razón para culparlos a ellos ni al

⁶⁹ *México y la Seguridad Social*, tomo I, pp. 289-292; y NORD, “The Welfare State in France”, pp. 822-824.

empleador; más bien, era deber del Estado ayudar a organizar y contribuir con un sistema de apoyo y auxilio.

Un diálogo mundial. Las organizaciones internacionales, 1900-1939

La preocupación por los problemas derivados de la siniestralidad laboral y de las peripecias sociales, que condujeron a una importante actividad legislativa, se aceleraría durante las primeras tres décadas del siglo XX. Se pueden mencionar dos motivos que avivaron ese proceso; el primero fue la Primera Guerra Mundial. Esa gran conflagración marcó una ruptura total con el pasado histórico de los conflictos bélicos. Por primera vez se vieron involucradas la mayoría de las potencias económicas y políticas del mundo, además fue una guerra larga (de 1914 a 1918) y considerablemente mortífera (30 millones de muertos entre civiles y militares).

La causa principal de que las bajas y la conflagración fueran de tales magnitudes es que fue una batalla librada hasta el agotamiento total del enemigo. La guerra se entendió como un conflicto por la supremacía total de las potencias, lo que precipitó tanto a los vencedores y los vencidos a la bancarrota y el colapso material.⁷⁰ La necesidad de mantener una reserva laboral suficiente que cubriera las exigencias de las industrias, hasta que los soldados situados en el “teatro de operaciones” pudieran reinsertarse a la vida productiva, inspiró la expansión programas de protección social y sanitaria. Al mismo tiempo, el ideal de recuperar a la población mutilada por las armas promovió que todos los gobiernos beligerantes desarrollaran forzosamente métodos de reeducación que se insertaran dentro de los planes sanitarios por medio de “servicios médicos de rehabilitación”.⁷¹

Asimismo, durante los cuatro años que duró la Gran Guerra la clase laborante sufrió los costos económicos de la conflagración, al ser obligada a aumentar la producción bajo una restricción paulatina de los salarios. Ese acontecimiento causó que las organizaciones obreras más importantes de los países en combate exigieran, como la Federación Americana del Trabajo en Filadelfia durante 1914 y 1915, que su compromiso de “laborar altas jornadas” estaba

⁷⁰ HERNÁNDEZ, “La participación de los obreros”, pp. 16-17.

⁷¹ Al final de la guerra se registraron cifras impresionantes. Los ingleses contabilizaron 2 millones de heridos y mutilados; en Francia cerca de 3 millones y Alemania registró 5 millones de heridos. MARTÍNEZ, “El obrero recuperado”, pp. 352-353.

condicionado a que una vez terminado el conflicto sus naciones convocaran conferencias del trabajo destinadas a proteger los intereses del proletariado, dejados durante años en segundo plano, por medio de la regulación del sistema laboral industrial. Al empoderamiento de las organizaciones laborales que produjo la Gran Guerra, se sumó el espectro de peligro que dejó la revolución de 1917 en Rusia que avivó el interés de los gobiernos por atender las demandas de la clase trabajadora.⁷²

El segundo impulso se encuentra en la crisis económica de 1929. La crisis que inició con el crack de la bolsa de New York el 24 de octubre supuso el origen de un colapso financiero dramático y de una recesión económica sin precedentes. Ese fenómeno pronto alcanzó Europa, debido a su interdependencia financiera con Estados Unidos, y dislocó el sistema económico con la quiebra en cadena de diversos sectores. Ante la crisis, las principales economías del mundo (Alemania, Estados Unidos, Francia, Inglaterra) iniciaron una política proteccionista de descenso de importaciones que incitó una contracción del mercado internacional. Todo ello provocó acontecimientos similares alrededor del mundo: falta de liquidez en bancos, cierre de empresas, incremento de paro y notable descenso en el consumo.⁷³

La crisis igual afectó considerablemente los intereses de todas las naciones latinoamericanas, pues la excesiva dependencia en el mercado internacional, europeo y estadounidense para comercializar sus materias primas, sumado a su escasa infraestructura productora y de atención a la salud de la población, expuso las viejas contradicciones que aún se manifestaban a lo largo del continente. Sus condiciones tradicionales de pobreza y desarraigo se acentuaron en la década de 1930, tales como: la mortalidad, la insalubridad, las crisis salariales o las altas tasas de mortalidad infantil.⁷⁴ Desde México a Chile, fueron elocuentes las expresiones materiales de la crisis económica. Al respecto, el médico, y posterior presidente chileno, Salvador Allende expresó:

Chile, al igual que la mayoría de los demás países [latinoamericanos], ha vivido a merced del coloniaje económico y cultural que ha obstaculizado el progreso social y el desarrollo de nuestras riquezas naturales...La crisis económica mundial del año 1929, determinó

⁷² YÁÑEZ, *La OIT en América del Sur*, p. 35.

⁷³ SERRANO, "La crisis económica de 1929", pp. 114-115.

⁷⁴ HERRERA, "Las conferencias americanas del trabajo", pp. 108-109.

una baja súbita en el rendimiento de nuestras industrias de exportación. Al capitalismo internacional no le inquieta que haya una población de trabajadores que viva en condiciones deplorables, que esté expuesta a ser consumida por las enfermedades o que vegete en el obscurantismo.⁷⁵

Por los retos y problemas de gran envergadura descritos por Salvador Allende, en la década de 1920 se inició un periodo histórico que se extendió hasta 1940, donde se constata la construcción de un nuevo escenario político en el que intelectuales, organizaciones obreras, empresarios y los Estados delinearon tópicos medulares vinculados al desarrollo de las políticas sociales. No sería casual que como respuesta a las crisis políticas y económicas de los primeros años del siglo XX, surgieran planes de seguros en varios países del mundo como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1. Expansión de planes de seguro social, 1883-1943

| País | Año |
|----------------|------|
| Alemania | 1883 |
| Australia | 1888 |
| Francia | 1898 |
| Checoslovaquia | 1909 |
| Noruega | 1909 |
| Inglaterra | 1911 |
| Rusia | 1911 |
| Rumania | 1912 |
| Holanda | 1918 |
| Bélgica | 1918 |
| Bulgaria | 1918 |
| Italia | 1918 |
| Austria | 1920 |
| Polonia | 1920 |
| Grecia | 1922 |
| Chile | 1925 |
| Canadá | 1927 |
| Hungría | 1929 |
| Cuba | 1933 |
| Brasil | 1937 |
| Estados Unidos | 1935 |
| Perú | 1936 |
| Venezuela | 1940 |
| Costa Rica | 1941 |
| Paraguay | 1943 |

Fuente: RAMACCIOTTI, “Diálogo transnacionales”, pp. 201-219; y *Seguro Social y Asistencia Pública*, pp. 13-15.

⁷⁵ HERRERA, “Las conferencias americanas del trabajo”, p. 109.

El colapso económico/social favorecido por la Gran Guerra y la crisis de finales de la década de 1920; y el nacimiento de las primeras estrategias para suministrar apoyo contra los riesgos colectivos favoreció la inquietud de crear organismos que abordaran el estudio de medidas que garantizaran la seguridad de la población laborante. Se intentó demostrar, práctica y simbólicamente, que la protección integral de los individuos podía convertirse en el eje de las futuras políticas estatales, y que los planes de seguros formaban parte del “esfuerzo de los pueblos para intentar asegurar la paz entre diversas clases sociales” y la “conservación de las fuerzas activas de los países”.⁷⁶ Con esos argumentos, diversas convenciones empezaron a plantear la necesidad de crear legislaciones e instituciones que vigilaran el resguardo de los trabajadores en el contexto internacional.⁷⁷

El foro más relevante fue la OIT, creada al término de la Primera Guerra Mundial, en la Conferencia de Paz de Versalles en abril de 1919. La OIT se administró de forma tripartita, única en su género a escala internacional, ya que reunió en sus órganos ejecutivos a los representantes de los gobiernos, de los empleadores y de los trabajadores. Durante sus primeros años de existencia esa organización contó con la presencia de países de casi todos los continentes (excepto África) como Argentina, Bélgica, Cuba, Checoslovaquia, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Polonia y Reino Unido; y estudió preocupaciones como los procesos de urbanización e industrialización, las migraciones internas y la seguridad laboral, que habían modificado el escenario mundial y reclamaban novedosas formas de intervención. Precisamente, el organismo se propuso acordar un estatus universal a una serie de disposiciones relativas al dominio del trabajo y abordar problemas que presentaban un interés inmediato para las autoridades gubernamentales y los jóvenes proyectos de protección social, además de reunir información documental que podrían servir como disparador de discusiones y facilitar el intercambio de experiencias o testimonios.⁷⁸

Lo que se puede resaltar para el interés de esta tesis es que entre 1925 y 1940, con el ingreso de países como México, Perú, Brasil, Grecia y Australia, la OIT se enfocó a la

⁷⁶ *Seguro Social y Asistencia Pública*, pp. 15-16.

⁷⁷ Se debe mencionar que a principios del siglo XX se realizaron algunos congresos sobre la legislación del trabajo en París (1900) y Berna (1906 y 1913). Sin embargo, la ausencia de países americanos en las conferencias hicieron difícil cualquier avance concreto en la reglamentación internacional, además el estallido de la Primera Guerra Mundial interrumpió el desarrollo de otras conferencias. YÁÑEZ, *La OIT en América del Sur*, pp. 34-35.

⁷⁸ FLIER, “Las organizaciones internacionales”, pp. 199-200.

elaboración de recomendaciones y convenios, como “las bases de sus actividades”, dirigidas a la constitución gradual de un “Código Internacional del Trabajo”.⁷⁹ La intención fue iniciar un debate entre las propuestas que se producían en diversas latitudes. Los vínculos que se establecieran entre los referentes locales del tema y sus colegas de otros países debían brindar un panorama más rico para iniciar un período de circulación, recepción y legitimación de saberes sobre el seguro social y laboral. En este sentido, las recomendaciones de los organismos internacionales, los congresos científicos y las “misiones” de funcionarios se insertaron en un proceso complejo de diálogo transnacional.

La OIT adoptó resoluciones sobre la atención médica e indemnizaciones contra los accidentes del trabajo en las recomendaciones 22 y 23 en mayo de 1925; y escribió unos Principios Generales del Seguro de Enfermedades en mayo de 1927, dentro de la recomendación 29, en la ciudad de Ginebra.⁸⁰ Esos documentos oficiales intentaron dar una directriz y lógica a los sistemas de seguros alrededor del mundo, ya que estipularon que los planes de resguardo social tenían que cubrir el conjunto de riesgos inherentes a la actividad de las poblaciones laborantes; que las legislaciones nacionales deberían prevenir toda disminución de la capacidad física de los obreros, aunque fuera resultado de su vida cotidiana, y hacer viable la posibilidad de percibir apoyo médico y un ingreso económico en cualquier momento o en cualquier contingencia.⁸¹

A la par de toda la producción documental, la OIT se encargó de promover un intercambio de información efectivo, por medio de conferencias, entre los países miembros para que la evaluación colectiva de las relaciones laborales consolidara su prestigio en los continentes con mayor presencia (América y Europa); y fortaleciera su mensaje de que la discusión democrática, en busca de la justicia social, era la mejor “acción política contra las

⁷⁹ Las investigaciones de Juan Carlos Yáñez mencionan que el marco normativo de la OIT comprendió 2 instancias principales. La recomendación, definida como un voto de buena voluntad que los países miembros eran invitados a analizar para servir de apoyo para futuros proyectos internacionales; y el convenio entendido como un acuerdo de deliberación que las naciones podían discutir dentro de sus instituciones y ratificarlos a nivel local. YÁÑEZ, *La OIT en América del Sur*, p. 49.

⁸⁰ “Recomendación 23”, *Cuaderno de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, Abril 1954, pp. 13-14; y “Recomendación 29”, *Cuaderno de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, Abril 1954, pp. 15-19.

⁸¹ MARTÍNEZ, “El obrero recuperado”, p. 23.

amenazas del fascismo y el totalitarismo”.⁸² Por esos motivos, Harold Butler y John Winant, Directores del organismo entre 1932 y 1941, decidieron convocar a varios representantes de los Estados afiliados para constituir resoluciones sobre problemas comunes, como la situación de mujeres y niños, el funcionamiento de las secretarías del trabajo y la administración de los seguros sociales.

Aquellos espacios de diálogo se materializaron en dos eventos específicos: La Conferencia del Trabajo de los Estados de América de Santiago de Chile en enero de 1936; y La Segunda Conferencia del Trabajo de los Estados de América de La Habana, Cuba en noviembre de 1939. Ambas reuniones avivaron el flujo de ideas médicas/laborales y de técnicos de Estado que influyeron para crear un corpus de conocimientos científicos y una cosmovisión de las realidades sociales y laborales regionales. Esas características propiciaron la aparición, dentro de las agendas políticas nacionales, de motivos y conceptos para crear los mecanismos institucionales requeridos para que los riesgos colectivos pudieran ser amparados por lógicas no dependientes de las fuerzas del libre juego del mercado.

Siguiendo las normativas internas de la OIT, los organizadores de las conferencias solicitaron a los poderes ejecutivos de cada país que, en caso de aceptar la propuesta, enviaran “una comisión compuesta de dos delegados gubernamentales, de un delegado de los empleadores y de un delegado de los trabajadores”.⁸³ Con esas dos reglas se intentó inspirar la interacción real entre los actores interesados (empresarios, sindicatos y autoridades estatales) para que, en conjunto, diseñaran la forma en que se resolvieran las contradicciones sociales/laborales y previnieran pugnas políticas influenciadas por las repercusiones económicas de las crisis o las guerras.⁸⁴

Las normas de los congresos permitieron a los representantes de los países de recién ingreso a la OIT, como México (1931), compartir, desde su primera participación, comisiones con personajes que tenían una vasta experiencia en el organismo y en la discusión del impacto internacional de las políticas sociales, como el abogado argentino Alejandro

⁸² HERRERA, “Las conferencias americanas del trabajo”, pp. 121-122; y JENSEN, “From Geneva to the Americas”, p. 224.

⁸³ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 8.

⁸⁴ Una exposición más amplia sobre la organización de las Conferencias Internacionales del trabajo de la OIT, entre 1922-1932, y la participación de los países americanos se halla en YÁÑEZ, *La OIT en América del Sur*, pp. 39-58.

Unsain,⁸⁵ el economista estadounidense Arthur Altmeyer,⁸⁶ el inglés F. A. Norman (Subsecretario del Ministerio del Trabajo de Gran Bretaña) y el abogado cubano Carlos Manuel Raggi Ageo (miembro de la Oficina Internacional del Trabajo durante la década de 1930). Un ejemplo de esos hechos fue la conformación amplia de la Comisión de Seguros Sociales durante La Segunda Conferencia de La Habana, Cuba del año de 1939 (tabla 2).

Tabla 2. Comisión de Seguros Sociales de la Segunda Conferencia de La Habana, 1939.

| Miembros gubernamentales | Miembros Patronales | Miembros obreros |
|---------------------------------------|---|--|
| Alejandro Unsain (Argentina) | Hernán Videla (Presidente de la Sociedad Nacional de Minería, Chile) | Alfredo G. Berrios (Asesor Jurídico de la Confederación de Trabajadores Chilenos) |
| Antonio Villalobos (México) | Maximiliano Camino (Confederación de Cámaras Industriales de México) | Arturo Martínez Adame (Confederación de Trabajadores de México) |
| G. Quartin Pinto de Moura (Brasil) | Vicente de P. Galliez (Brasil) | F. Sotero Malpica (Presidente de la Delegación número 4, de la Hermandad Ferroviaria, Cuba) |
| Fidel A. López (Ecuador) | José María Zayas (Secretario del Congreso Nacional de Transportes, Cuba) | Tom Moore (Presidente de la Federación de Trabajadores de Canadá) |
| Arthur Altmeyer (Estados Unidos) | Ralph H. Watson (Vicepresidente de la United States Steel Corporation) | Rose Schnetderman (Presidenta de la Liga Nacional de Sindicatos de Mujeres, Estados Unidos) |
| Carlos Raggi (Cuba) | Tulio Díaz Rivera (Secretario de la Asociación de Fabricantes de Cigarros de Cuba) | G. Collado Pérez (Secretario General de la Federación Tabacalera Nacional, Cuba). |
| Rafael Rojas Valenzuela (Chile) | - | - |
| Francisco Posada (Colombia) | - | - |

Fuente: *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 12.

⁸⁵ Alejandro Unsain (1881-1952) fue un abogado argentino que se desempeñó como Director del Departamento Nacional del Trabajo de Argentina entre 1920 y 1922. Además, fue consejero americano de la OIT desde 1919.

⁸⁶ Arthur Altmeyer (1891-1972) fue un economista estadounidense que se desempeñó como subsecretario del Trabajo durante el gobierno de Franklin Roosevelt (1933-1945) y comisionado de la Administración del Seguro Social en los Estados Unidos entre 1946 y 1953.

Como muestra la tabla 2, las conferencias admitieron que representantes de nuevo ingreso participaran y dirigieran el debate sobre el auxilio y protección social. Por eso, Antonio Villalobos, jefe del Departamento del Trabajo de México, fue el encargado de presidir la Comisión de Seguros Sociales de 1939 por encima de miembros y delegaciones con mayor prestigio. El evento también ofreció la posibilidad de que los representantes locales se vincularan con los expertos internacionales en el tema, ya que el diálogo dentro de la Comisión estuvo vigilado y comentado por analistas de la oficina de seguros sociales de la OIT.⁸⁷

Apoiados por aquellas particularidades, esos espacios se convirtieron en un inventario mundial de los avances ya realizados en la materia y en un punto de partida obligado para trazar futuras políticas sociales. Como se analizará en los próximos capítulos, en el año de 1940 México aprovechó ese intercambio y creó un Departamento de estudios del seguro social en el que recabaron los motivos y el crecimiento de programas de seguro en países como Alemania, Argentina, Chile, Inglaterra y Perú.⁸⁸ Vale la pena resaltar que aunque el flujo de ideas de Europa fue constante; en los congresos internacionales fue marcada la presencia de un diálogo en el interior del área latinoamericana. Si bien en estos países también se retomaban conceptos de otras partes del mundo, es claro que en el ámbito local se buscaban instancias de consagración y legitimación provenientes del contexto latinoamericano y se impulsaban misiones de estudio con el objetivo de investigar los sistemas de protección de las naciones con las que se compartían contextos similares.⁸⁹

Para finalizar, las cumbres de la OIT dictaron los fines teóricos de los proyectos del seguro social que alcanzarían reconocimiento gracias a la propaganda oficial de las convenciones y a su utilización en las cartas de motivos de varias leyes nacionales, como la mexicana, después de 1940. Entre los tres objetivos más importantes, el Director John Winant mencionó: a) organizar la prevención de riesgos tales como la enfermedad, la invalidez y los accidentes del trabajo, “cuya realización tiene como consecuencia quitarle al trabajador su

⁸⁷ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 12.

⁸⁸ Un resumen de la colección documental del Departamento de estudios de seguros sociales se encuentra en “Régimen de prestaciones y bases de financiamiento del Seguro Social”, 7 de julio 1941, Centro Único de Información “Ignacio García Téllez” (CUIIGT), Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Antecedentes de la Ley del Seguro Social, hoja 1.

⁸⁹ RAMACCIOTTI, “Diálogo transnacionales”, pp. 215-2017.

capacidad de ganancia”, acarreando privaciones y perjuicios para él y su familia, y disminuyendo la productividad de la comunidad. b) Restablecer lo más rápida y completamente posible “la capacidad de trabajo perdida como consecuencia de enfermedad o accidente”. c) Proporcionar los medios médicos y de existencia necesarios en caso de interrupción de la actividad profesional como consecuencia de enfermedad o accidente y de invalidez temporal o permanente.⁹⁰

Los problemas que los trabajadores habían experimentado junto con el desarrollo de los modos de explotación capitalista-industrial, y que varios analistas pusieron a discusión, como la siniestralidad laboral, las crisis sanitarias y económicas determinaron que en un inicio la protección social se enfocara en las tres pautas que John Winant había expresado: prevención, restauración y compensación. El temor real por una existencia sumida en la miseria y el reconocimiento de que la vida conllevaba más que contingencias individuales permitió conceptualizar que “la esencia del seguro era proteger al individuo contra hechos inevitables” que las relaciones sociales ocasionaban y que se veían reflejados en el “estado sanitario, demográfico y económico de las naciones”.⁹¹

Aquella postura se exteriorizó en varios discursos de representantes estatales en Latinoamérica. Ese fue el caso de la disertación de Juan Domingo Perón, Secretario del Trabajo de Argentina de 1943 a 1945, durante la creación del Instituto Nacional de Previsión Social en 1944. Perón señaló en su discurso del 2 de diciembre de 1943 que con el nacimiento del Instituto “se inicia la era de la política social”. Su desarrollo era el primer acto efectivo del gobierno, “ajustado a las necesidades internas y a las orientaciones universales de la justicia social” y que pasará a ejercer “la dirección central y supervisora de toda la actividad que desarrolla el Estado en favor del mejoramiento material y moral de la clase trabajadora” en contra de los peligros colectivos que “amenazan su existencia”.⁹² Así, se concibió la protección de la mano de obra como uno de los instrumentos para lograr equilibrio y justicia por medio de la intervención directa para resolver las contrariedades más urgentes y las demandas no resueltas de los trabajadores.

⁹⁰ *Memoria del Director*, pp. 54-58.

⁹¹ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 187.

⁹² FLIER, “Las políticas de seguridad social”, p. 10.

Los próximos dos capítulos de la tesis pasarán de la esfera internacional a la nacional. Reconstruirán los imaginarios y las consecuencias de los riesgos de los trabajadores en México, dentro y fuera del espacio laboral, que aportaron pautas para la futura creación de proyectos de auxilio médico/social. Se intentarán rastrear las trayectorias y los intereses de los actores (comunidades médicas, sindicatos, empresarios y técnicos de Estado) que con sus actos actualizaron las prácticas en materia de previsión social. Esa perspectiva permitirá captar a todos los personajes involucrados en el nacimiento de las instituciones de atención a los problemas de salud asociados al trabajo. Ese enfoque permitirá devolver la variante humana a la historia del seguro social en México, enfocada particularmente en los técnicos y políticos detrás del nacimiento del IMSS.

Capítulo 2. La protección de los trabajadores en México, 1890-1930

Para entender el significado de la creación de los proyectos de protección social, es necesario reflexionar lo que existió antes de ellos. Por eso, esta parte de la tesis examina dos fenómenos históricos. Primero, se reconstruyen las percepciones sobre los problemas laborales en México (accidentes, enfermedades, ausencia de medidas de seguridad e higiene industrial) que propiciaron que legal y socialmente se reconociera que una vida dedicada al trabajo ponía en riesgo la salud de los individuos. En segundo punto se analiza el funcionamiento de los proyectos de protección y asistencia puestos en marcha por instituciones gubernamentales, obreros y los empresarios entre 1917 y 1930.

El resguardo de los trabajadores al final del siglo XIX

En la República mexicana los proyectos de promoción de la salud y la insalubridad entre las clases laborantes y sus principales espacios de actividades, fueron objeto de preocupación por parte de las autoridades estatales y de diversos observadores sociales desde las últimas décadas del siglo XIX. Aunque desafortunadamente no se disponen de datos precisos concernientes al estado de salud de los trabajadores en ese periodo, la explotación extensiva de fuerza de trabajo tuvo indudablemente efectos problemáticos que vale la pena repasar brevemente.

Durante el régimen de Porfirio Díaz (1876-1910) inició un periodo de modernización de los procesos de producción en diversas regiones del territorio de la República. Se consolidó la industria textil del corredor Puebla-Tlaxcala-Distrito Federal; también se inauguraron minas en el norte y centro del país con base en nuevos procedimientos de extracción del mineral. El desarrollo urbano de las capitales de varios estados dio lugar al crecimiento de nuevas actividades económicas: los tranvías; la industria eléctrica, impulsada por los requerimientos energéticos de la nueva maquinaria; y los grandes almacenes, que en aquella época contaban con talleres propios para la elaboración de los productos que ahí se vendían. Asimismo, a finales del siglo XIX, se vislumbró un claro “despegue económico”. La industria manufacturera creció a una tasa anual de 4.6% entre 1895 y 1907. En ese mismo

periodo la producción de los minerales industriales (cobre, plomo, antimonio, zinc) en estados como Chihuahua, Coahuila y Sonora también creció a una tasa anual de 6.7%.⁹³

Frente a ese proceso de renovación de la estructura productiva y comercial, la situación de la mano de obra no significó mejoría, sino una agravación de las condiciones de vida y la emergencia de un nuevo perfil de condiciones de trabajo. Por ejemplo, se instauró una disciplina más rígida y la proscripción de determinadas costumbres entre los obreros, como la prohibición de hablar durante las jornadas laborales y la creación de horarios fijos. Igualmente, la mecanización de las labores y la intensificación de las actividades trajeron aparejadas nuevos peligros. Aunque no existen estadísticas de accidentalidad confiables para la época estudiada, el historiador Enrique Rajchenberg ha podido registrar durante la primera década del siglo XX que las empresas mineras del centro de México como Cía. Real del Monte, Cía. Santa Gertrudis, Cía. San Rafael reportaban en conjunto alrededor de 900 incidentes cada semestre.⁹⁴ La respiración de polvo, el calor, los explosivos y la oscuridad que prevalecía en todas las galerías de trabajo explican el deterioro de la mano de obra. Las duras labores de arranque de piedra hicieron común que los mineros se quejaron de reumatismo, de anquilosis de rodilla y lesiones en los codos. Esa conciencia viva de los daños que la mina infligía en el cuerpo de los obreros es confirmada por la actitud de las empresas, que ya no contrataban a hombres mayores de treinta y cinco años.⁹⁵ El mismo investigador señaló que en la zona industrial de Orizaba, Veracruz, en el año de 1910 la esperanza de vida de los obreros de la industria textil oscilaba entre los 45 y 50 años; y las causas principales de las defunciones (25%) eran debido a neumonías, accidentes laborales y enfermedades gastrointestinales.⁹⁶

⁹³ Todo ese proceso de desarrollo económico estuvo apoyado por la construcción ferroviaria por medio de concesiones a los gobiernos de los estados, a particulares o administrados en forma directa por el Estado. Bajo concesión a los gobiernos de los estados se construyeron las líneas de Celaya-León, Omestuco-Tulancingo, Zacatecas-Guadalupe y Puebla-Izúcar de Matamoros. Bajo concesión a particulares destacan las líneas del Ferrocarril de Hidalgo y las líneas de Yucatán. Con administración directa del Estado se construyeron el Ferrocarril Nacional Esperanza-Tehuacán y el Ferrocarril Nacional Puebla-San Sebastián Texmelucan. Para el año de 1910 existían en la República Mexicana casi 20, 000 kilómetros de vías ferroviarias. KUNTZ y SPECKMAN, "El Porfiriato", pp. 506-514.

⁹⁴ Las minas de Cía. Real del Monte, Cía. San Rafael y Cía. Santa Gertrudis, todas ubicadas en el estado de Hidalgo, en conjunto acumularon 15, 000 obreros. RAJCHENBERG, "De la desgracia al accidente de trabajo", pp. 89-90.

⁹⁵ CORBIN, "Dolores, sufrimientos y miserias del cuerpo", p. 241.

⁹⁶ RAJCHENBERG, "El tributo al progreso", pp. 22-24.

En las urbes mexicanas, como en otros lugares del mundo, las transformaciones económicas producidas durante la década de 1900, propiciaron movimientos migratorios. Fábricas, puertos y cruces ferroviarios ofrecieron trabajo a campesinos sin tierras, mineros de reales abandonados y artesanos de talleres clausurados. Esos movimientos favorecieron a las ciudades que crecieron en regiones comerciales. Gracias al paso del ferrocarril hacia Ciudad Juárez, en 30 años Torreón, Coahuila, atrajo casi 50, 000 habitantes. La capital del país, territorio de fábricas textiles, de cigarrillos y de muebles, aumento a más de 500, 000 habitantes en 1910. Ese fenómeno de congregación de un número elevado de individuos, y trabajadores en particular, evidenció poco a poco el perfil extendido de los percances.⁹⁷ El estudiante de la Escuela de Medicina de México, Francisco Gómez Presa describió en su tesis del año de 1878 que la gran circulación de personas, todos los días de la semana, por las calles de Ciudad de México ocasionaba problemas incluso antes de que toda esa conglomeración llegara a las zonas de sus labores. Entre los accidentes se mencionaron las caídas y los “atropellamientos por coches que vienen rodando con precipitación” en el centro de la capital. La preocupación expresada por Gómez Presa fue tan patente que propuso controlar el tránsito por medio de la creación de centros de trabajo alejados de las vías principales, e instalar a grupos de “camilleros” por toda la ciudad que auxiliaran y transportaran a los individuos accidentados al Hospital Juárez o al Hospital Militar.⁹⁸

Federico García Sepúlveda, estudiante de medicina, en su “Estadística General del Hospital Juárez”, también describió concisamente los percances que la vida laboral ocasionaba a la población de la capital mexicana. En ese trabajo de recopilación de datos se registró que jornaleros (11.03%), albañiles (10.90%), zapateros (8.63%) y carpinteros (6.35%) fueron los trabajadores que más ingresaron al nosocomio entre los años de 1888-1895 (de un total de 64,076 pacientes). Entre los accidentes relacionados con esas actividades García Sepúlveda enumeró las contusiones en cara, tórax y abdomen (25,884 pacientes); y heridas por machucamiento en los miembros superiores e inferiores (1,013 pacientes), “siendo producidas en general por máquinas de vapor, ferrocarriles y vagones urbanos”.

⁹⁷ Las historiadoras Sandra Kuntz y Elisa Speckman calculan que la fuerza laboral empleada y movilizada en “el sector moderno de la economía mexicana” (industria, metalurgia, electricidad, tranvías) ascendió a casi un millón de trabajadores entre 1900 y 1910. KUNTZ y SPECKMAN, “El Porfiriato”, pp. 514-517; y NAVA, “Jornales y jornaleros”, pp.57-61.

⁹⁸ GÓMEZ, “¿Pueden evitarse algunos accidentes que rodean a los heridos de la Capital?”, p. 5

Todos ellos aparatos de la tecnología moderna utilizados en las actividades cotidianas de la capital.⁹⁹

Ante la impresión de que el crecimiento urbano e industrial estaba transformando de forma acelerada la vida de la sociedad, acorralando a la población en calles y espacios cada vez más peligrosos e insalubres; los trabajadores de las ciudades se plantearon alternativas por medio de estrategias de solidaridad. Mediante la creación de asociaciones, los trabajadores formaron, desde la década de 1860, fondos de ahorro para combatir los percances asociados a la siniestralidad laboral, la enfermedad y la muerte. Esas agrupaciones recibieron el nombre de “sociedades de auxilio mutuo” y con base en la aportación de una cuota, los asociados recibían, durante los periodos de incapacidad laboral, ayuda en dinero del fondo recolectado. La cantidad era variable, algunas mutualidades contaban con muchos miembros y ello aumentaba el fondo disponible, el cual podía engrosar gracias a la aportación gubernamental. El monto de la ayuda se modificaba, en algunos casos, de acuerdo a la cuantía de las aportaciones individuales. Así, la sociedad conocida como “Centro de Dependientes”, con 2,000 socios, contaba con "un elegante edificio, baños, billares y una magnífica quinta de salud".¹⁰⁰

La fragilidad financiera de la mayoría de las organizaciones mutualistas fue un rasgo que perduró durante todo el periodo de estudio. Las perturbaciones en el mercado del trabajo conducían a una interrupción en la entrega de contribuciones, a un aumento de los egresos y, consecuentemente, a la paralización de este sistema de precuación de riesgos con bases contributivas tan estrechas. A su vez, prolongados, o generalizados periodos de enfermedad, devastaban los fondos de ahorros. A pesar de esas peculiaridades y problemas, en la década de 1910 todavía existían 51 sociedades mutualistas en la República, con un total de 10,210 socios, esto es, un promedio de 200 en cada sociedad.¹⁰¹

Si bien las estrategias de socorro administrados por la mano de obra funcionaron sólo a pequeña escala; el desarrollo de esas sociedades señaló que existía plena conciencia de que

⁹⁹ GARCÍA, “Estadística General del Hospital Juárez”, pp. 31-35.

¹⁰⁰ ILLADES, *Hacia la República del trabajo*, pp. 96-100; y RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente de trabajo”, pp. 92-93.

¹⁰¹ Una reflexión detallada de las sociedades de auxilio mutuo excede los objetivos de esta tesis. Un análisis histórico pormenorizado sobre esas organizaciones se puede encontrar en ILLADES, *Hacia la República del trabajo*, pp. 67-113.

las contrariedades laborales tenían una raíz social que exigían programas sanitarios mejor elaborados y más ambiciosos. La promoción de esas sociedades de autoayuda evidenció la preocupación y el miedo de una parte de la sociedad a experimentar una existencia sumida en la precariedad debido a la volatilidad del mercado de trabajo, las enfermedades o los accidentes. El temor a la miseria y el abandono, que las actividades industriales podían ocasionar entre la población, obligaría a formar, técnica y políticamente, los primeros planes de salud e higiene dirigidos a las fábricas y talleres industriales de México.

Siguiendo las inquietudes ya mencionadas, durante la década de 1890, la preocupación de las autoridades mexicanas se concentró en la lucha contra la insalubridad y en ciertos males que se le asociaban desde la ética liberal, como el desaseo, la pereza, la intemperancia y la ociosidad. Los programas de higiene pública aparecieron como un conjunto de estrategias tendientes a mejorar la salud de la población, evitar la propagación de enfermedades e incidentes sanitarios. Esos postulados fueron reforzados políticamente con la promulgación del primer Código Sanitario en 1891, reformado en 1894 y 1902. Dicho Código, diseñado por el Consejo Superior de Salubridad bajo el mando de Eduardo Liceaga, dio al Estado el poder para penetrar en todos los espacios con la finalidad de vigilar la higiene privada y pública, así como para actuar en puertos y fronteras para, en teoría, vigilar la salubridad de la nación.¹⁰²

Una postura semejante se adoptó cuando se trató el tema de la vigilancia de la mano de obra nacional. El capítulo IV del Código Sanitario resaltó la importancia de mantener las correctas condiciones de higiene y un orden estricto en las actividades diarias de la clase laborante. Los artículos 106 y 111 mencionaron que las industrias “tendrán la extensión suficiente para que los obreros dispongan del cubo de aire necesario, no quedando aglomerados en ningún caso”. Además,

los aparatos empleados en las fábricas se colocaran en piezas bastante amplias, para que permitan sin peligro el paso de los obreros y demás empleados del establecimiento.

¹⁰² Eduardo Liceaga (1839-1920) fue un médico mexicano que se desempeñó como Presidente del Consejo Superior de Salubridad de 1885 a 1814. Durante su mandato el Consejo realizó importantes campañas para combatir la fiebre amarilla (1903), la malaria (1903), la tuberculosis (1907) y las enfermedades venéreas (1908). Otra de las preocupaciones del doctor Liceaga fue fomentar la ingeniería sanitaria de la Ciudad de México por medio de la construcción de albañales, pavimentación de banquetas y un adecuado sistema de dotación de agua potable y alcantarillado. En el contexto internacional, México tuvo presencia en la Asociación Americana de Salud Pública, creada en 1872, y en la Asociación Médica Americana desde 1891.

[Asimismo] los engranajes ó cualquier otra parte de las máquinas y las correas de transmisión...estarán cubiertos de manera que se aleje el peligro.¹⁰³

El código obligaba a los empresarios a observar el desarrollo coherente de la producción dentro de sus fábricas, enseñando a sus empleados el correcto manejo de las herramientas o prohibiendo actitudes que interrumpieran sus disposiciones. A pesar de esos primeros esfuerzos, el cuidado de la salud del trabajador fue tratado de manera secundaria. Ese tema todavía no era pensado como un hecho sobre el que se podía hacer algún análisis o del que se producía conocimiento científico. Aquellas ideas permitieron que la atención de las políticas sanitarias se concentrará en la sumisión del obrero, la vigilancia de las máquinas y en prevenir que los procesos mecánicos de los talleres interrumpieran el saneamiento de los espacios públicos o privados. Esas particularidades se debieron a que los proyectos de higienización durante el “porfiriato” estuvieron más dirigidos a ordenar la ciudad y sus hábitats y no tanto los cuerpos. De ahí, quizás, cierto olvido de los trabajadores.¹⁰⁴

El discurso de la disciplina fue, en importante medida, una fachada tras la cual la clase laborante enfrentó un terreno lleno de inseguridades. Aquello debido a que en una sociedad sin programas de salud que protegieran el estado físico de los individuos de la sobreexplotación laboral, todo tipo de incidente implicaba inmediatamente la pérdida del ingreso económico y el engrosamiento del número de personas sin trabajo. De esa manera, la ausencia de una reglamentación que garantizara la protección de los cuerpos ocasionó que el auxilio dependiera de la “buena voluntad del propietario” y revistiera la forma de un acto de compasión. Los propios obreros cuando solicitaron cualquier tipo de apoyo, lo harían demostrando que eran sujetos de caridad.¹⁰⁵ Eso sucedió, por ejemplo, en junio de 1912 cuando un grupo de empleados de la fábrica de yute “Santa Gertrudis” de Orizaba (Veracruz) se comunicó con la autoridad federal, por medio de la Secretaría de Fomento, para informarle que en el “departamento de apresto se lastimó un operario (de nombre José Villa) trabajando en una máquina que se nombra la calandria, aviendole machucado todos los dedos de las dos manos”. Ante ese caso grave, el grupo solicitó a las autoridades que intercedieran para que

¹⁰³ *Código Sanitario*, artículos 111 y 113, p. 31.

¹⁰⁴ Un análisis conciso del desarrollo de los programas de salud pública durante el “porfiriato” se halla en CARRILLO, “Economía, política y salud pública”, pp. 67-87.

¹⁰⁵ RAJCHENBERG, “La respuesta social al trabajo”, p. 30.

la empresa le otorgara al señor Villa “auxilio para sus alimentos y tratamiento médico”.¹⁰⁶ La Secretaría respondió a la solicitud grupal pidiéndole al gerente general de la fábrica “que solamente por una **consideración** al obrero accidentado en el trabajo se le conceda auxilio pecuniario mientras completa su curación...confiando en lo sentimientos **generosos** que no dudo le animan”.¹⁰⁷

Otro caso similar ocurrió el 7 de noviembre del año 1914. Antonio Reyes, carretero de la Agencia de Gonzalo Oviedo, en la Ciudad de México, hizo una solicitud a la Secretaría de Fomento para que convenciera a su patrón de apoyarlo económicamente para concluir su recuperación, ya que “la fatalidad quiso que callera yo (el señor Reyes) del pescante al pasar el carro por un hoyo que existe en la esquina de las calles de Bucareli y Romita, habiéndome pasado las ruedas delantera y trasera por la caja del cuerpo”. En la misma carta, la persona herida dijo que se encontraba “en la miseria más espantosa e imposibilitado para trabajar y llevar el pan a mi esposa e hijo que tiene 5 meses de edad solamente”.¹⁰⁸ Lo que motivó esas cartas fue que los empresarios mexicanos tenían una justificación legal para no entregar auxilio o para hacerlo en tanto acto de caridad y beneficencia, por consiguiente para entregar la ayuda que les pareciera conveniente. La justificación se basó en la teoría de la culpa, explicación jurídica dominante en aquella época. De acuerdo a ésta, un trabajador tenía o no derecho al auxilio médico o monetario según si era o no culpable de algún incidente. Por lo tanto, en caso de reclamación el obrero debía demostrar a las autoridades judiciales, su empleador y a la Secretaría de Fomento que el accidente no se ocasionó por desobediencia o alguna imprudencia.¹⁰⁹

Acontecimientos como los anteriores demuestran que entre 1890 y 1914 las disposiciones sobre la asistencia para los trabajadores se sujetaron casi totalmente a la voluntad de los empresarios. Además, al utilizar conceptos como los de “consideración” o “generosidad”, para definir los convenios entre los trabajadores y los patrones, se otorgó

¹⁰⁶ “J. S. Gallardo se queja de que al obrero José Villa que sufrió trituración de los dedos, no se le pasa alguna cantidad para subsistencia”, 11 de junio de 1912, AGN, Fondo Departamento del Trabajo, caja 9, expediente 17, hoja 1.

¹⁰⁷ Las negritas son mías. “J. S. Gallardo se queja de que al obrero José Villa que sufrió trituración de los dedos, no se le pasa alguna cantidad para subsistencia”, 11 de junio de 1912, AGN, Fondo Departamento del Trabajo, caja 9, expediente 17, hoja 2.

¹⁰⁸ “Antonio Reyes expone queja contra la Agencia del señor Gonzalo Oviedo”, 7 de noviembre de 1914, AGN, Fondo Departamento del Trabajo, caja 71, expediente 2, hoja 1.

¹⁰⁹ RAJCHENBERG, “La respuesta social al trabajo”, p. 31.

simbólicamente al tema el significado de un deber moral, más que una obligación laboral o sanitaria por someter la fuerza física de hombres y mujeres a las condiciones de la explotación industrial. Los próximos apartados exploran las transformaciones que tuvieron lugar en las respuestas sociales al “mundo del trabajo” entre 1917-1920, sin duda años álgidos en la historia de la Revolución Mexicana. Ese periodo fue un parteaguas en el que la salud y la protección de la clase trabajadora asumieron el estatuto de una cuestión política, lo cual a su vez fue resultado del análisis y politización de la vida de los obreros.

La salud, la protección y el trabajo durante la posrevolución

Casi inmediatamente después de la fase armada de la Revolución Mexicana, el Estado posrevolucionario construyó un ambicioso “armazón” legal e institucional orientado a promover la salud. La Constitución de 1917, en el artículo 73, estipuló el derecho a la salud de los mexicanos y dotó al gobierno federal de una amplia capacidad de acción legal en la materia, para lo cual se creó el Departamento de Salubridad Pública cuyas disposiciones serían obligatorias en todo el país, obedecidas por las autoridades administrativas, tendrían un carácter ejecutivo y dependerían directamente del Presidente de la República. Durante la década de 1920, en el nombre de la salubridad, las autoridades gubernamentales emprendieron “cruzadas” contra los llamados males sociales que afectaban a la población: campañas antialcohólicas, antivenéreas y de educación higiénica.¹¹⁰ El interés no sólo correspondió a las instituciones estatales, varios médicos, antropólogos y maestros mexicanos discutieron en congresos regionales las formas de intervención sanitaria en el campo y la ciudad, los métodos visuales y pedagógicos para impartir educación higiénica a los habitantes del país, incluso incidieron en la creación de instituciones educativas como La Escuela de Salud Pública de México en 1922.¹¹¹

Dentro del ambicioso programa nacional orientado a la salud colectiva, el tema de las condiciones laborales y de vida de los trabajadores adquirió relevancia. Ese asunto estuvo vinculado con las experiencias trágicas de los obreros y el anhelo de los líderes del

¹¹⁰ ARÉCHIGA, “Educación, propaganda”, pp. 67-68.

¹¹¹ La historiografía sobre los proyectos de salubridad pública en México durante las décadas de 1920 y 1930, ofrecen un buen panorama sobre la importancia de temas como la salud pública, la educación higiénica y la medicina rural en la agenda estatal y la esfera pública mexicana. Los estudios más relevantes son AGOSTONI, “médicos rurales”; GUDIÑO, “La Escuela de Salud Pública”; y GUDIÑO, *Educación Higiénica*.

movimiento revolucionario de reactivar e industrializar la economía mexicana, golpeada por la guerra civil, y erigirse como los rectores de uno de los “componentes más importantes de la producción”: la clase obrera. Venustiano Carranza, el Primer Jefe del Ejército Constitucionalista y Presidente de México entre 1917 y 1920, llegó a mencionar que el impulso a la industria y las modificaciones estructurales del mundo laboral se “constituirían en los factores más importantes” para la formación de una renovada clase trabajadora que colaborara a disminuir conflictos entre los grupos sociales y “contribuya a corregir los defectos de constitución económica que adolece el país”.¹¹² El énfasis en las condiciones de los obreros se apoyó en una nueva percepción de su rol social que los consideraba un eslabón fundamental en el fomento de la industria, y en el proceso de recomposición de la sociedad, que aminoraría el abismo que mediaba entre los grupos dominantes y la clase trabajadora.

Se debe decir que el “discurso obrerista” de Venustiano Carranza también puede considerarse más una reacción a las crecientes manifestaciones de la clase laborante, que a un favor que se le hacía a los trabajadores. El clima político renovado que produjo la Revolución Mexicana abrió el camino para la formación de organizaciones obreras con demandas perfectamente estipuladas. Desde 1911 en Orizaba y Río Blanco, en el estado Veracruz, surgieron sindicatos dentro de las empresas textiles, como “La Unión y Progreso de Cerritos” y la “Solidaridad Obrera de Río Blanco”. En el año de 1912, en la capital se creó la Casa del Obrero Mundial que bajo ideales anarcosindicalistas planteó, como dos de sus metas primordiales, conseguir aumentos salariales continuos y asegurar indemnizaciones por accidentes bajo la amenaza de convocar una huelga general.¹¹³

El desarrollo de los organismos proletarios supuso un auténtico reto para los gobiernos revolucionarios. Por ejemplo, el estallido de la huelga en la industria textil en diciembre de 1911 causó gran conmoción; en enero protestaron en las calles de la Ciudad de México entre 5,000 y 7,000 trabajadores textiles, quienes exigían salarios más altos y una reducción de la jornada laboral. La mayoría de las fábricas de Puebla y del valle de Orizaba se unieron al paro. La Secretaría de Fomento tuvo que intervenir para poner fin al movimiento al garantizar la reducción de la jornada laboral a 10 horas al día y un aumento salarial de

¹¹² CÁRDENAS, “La Revolución mexicana y los inicios de la organización empresarial”, p. 26.

¹¹³ GÓMEZ GALVARRIATO, *Industria y revolución*, p. 185; TREJO, “The Mexican Labor Movement”, p. 134.

hasta el 10%. La consecuencia más importante de la huelga fue la formación del Departamento del Trabajo en esos mismos meses. El Departamento surgió con la intención de actuar como mediador “para facilitar las negociaciones entre el proletariado y los patrones” y dirimir los conflictos ideológicos y sociales que la revolución avivó en el país. Esos acontecimientos marcaron un punto de inflexión en el involucramiento del Estado mexicano en las relaciones proletario-capitalistas.¹¹⁴

La movilización política de la mano de obra obligó a Carranza y sus allegados a crear una alianza con la Casa del Obrero Mundial en febrero de 1915. En ese pacto los miembros de la Casa se comprometieron a “suspender la organización sindicalista y entrar en una fase diferente de actividad ante la urgente necesidad de impulsar e intensificar la revolución”, a cambio de que los carrancistas acordaran estudiar y crear legislaciones que beneficiaran a los trabajadores.¹¹⁵ La alianza entre las autoridades y las organizaciones sindicales tuvo dos resultados estratégicos. Primero, brindó cuotas importantes de legitimidad al sistema político mexicano, promovido por los carrancistas, al disminuir brevemente los conflictos. Por otra parte, le otorgó a la clase trabajadora organizada un lugar importante en el ambiente político al ser considerado un actor trascendente de los planes económicos y laborales.

Al ser considerada un “engranaje” primordial del desarrollo económico y del nuevo discurso político-social emanado de la revolución de 1910, fue en el artículo 123 de la Constitución de 1917, dedicado al trabajo, donde se proclamó el derecho a la salud y condiciones dignas para la clase laborante. Aunque, como menciona el historiador del derecho William Suarez-Potts, ese artículo fue en su mayor parte un compendio de criterios relacionados con el derecho laboral para mantener el equilibrio deseado en las relaciones jurídicas de trabajadores y patrones, subordinadas a los intereses políticos del Estado, varios diputados lograron introducir preceptos para proteger a la mano de obra de percances particulares y que incidieran en “el mejoramiento de su cultura en condiciones de bienestar y de seguridad apetecibles”.¹¹⁶

¹¹⁴ GÓMEZ GALVARRIATO, *Industria y revolución*, pp. 187-188.

¹¹⁵ TREJO, “The Mexican Labor Movement”, p. 134.

¹¹⁶ SUAREZ-POTTS, “La Constitución de 1917”, pp. 430-435; y ROUAIX, *Génesis de los artículos 27 y 123*, p. 142.

En ese sentido, durante las primeras discusiones que dieron forma al citado artículo, el 22 de diciembre de 1916, el representante de Coahuila, Jorge Von Versen, y el diputado de extracción obrera de Yucatán, Héctor Victoria, manifestaron que los “problemas del trabajo” no tenían que establecerse superficialmente en la Constitución. En su opinión, la Carta Magna debía trazar las bases fundamentales para que se legislaran cuestiones que afectaban gravemente las actividades de la clase trabajadora como la “higienización de talleres, fábricas y minas”, además de la “prohibición del trabajo nocturno a las mujeres y niños, la prevención de accidentes y la entrega de indemnizaciones”.¹¹⁷ El diputado tlaxcalteca Modesto González también agregó durante el debate del 28 de diciembre, que una sección importante del texto legislativo tenía que “tender a la conservación del individuo”.¹¹⁸ En su discurso exclamó que para que el trabajador

no exhale quejas de agobio, quejas de cansancio, quejas de fatiga, necesitamos procurar que tenga mayor energía y tenga mayor vigor, que tenga más fuerza, que tenga más vida, lo que podemos conseguir, no sólo disminuyéndole el trabajo, regulándolo, sino también procurando evitar todas aquellas causas que han originado su degeneración.¹¹⁹

En aquellas ideas se puede percibir que un grupo importante de constituyentes no quiso postergar a legislaturas futuras la expedición de las medidas necesarias para resguardar a la clase proletaria. Al utilizar un tono de denuncia en sus intervenciones parlamentarias en relación con las condiciones sociales/laborales, los diputados aceptaron que los incidentes y la insalubridad de los espacios de trabajo ya eran vistos como una secuela nefasta de la explotación industrial. La historiadora Aurora Gómez Galvarriato ha mencionado que a pesar de que los diputados constitucionalistas eran casi todos profesionistas, entre ellos se encontraban algunos personajes que fueron cercanos a los problemas de las clases laborantes. Esos fueron los casos de Nicolás Cano, un minero de Guanajuato; Dionisio Zavala, un minero de San Luis Potosí; Carlos Grácidas, un tipógrafo de Veracruz que había pertenecido a la Casa del Obrero Mundial; y Victorio Góngora, quien, como jefe de la Comisión Industrial

¹¹⁷ *Nueva Edición del Diario de Debates*, tomo I, pp. 400 y 406.

¹¹⁸ Vale la pena mencionar que Modesto González (1874-1933) mientras trabajó como periodista en Puebla y Tlaxcala, tuvo la oportunidad de observar y describir las condiciones de explotación que los obreros sufrieron en las industrias textiles de los estados del centro de la República. *Nueva Edición del Diario de Debates*, tomo I, pp. 460-461.

¹¹⁹ *Nueva Edición del Diario de Debates*, tomo I, p. 461.

de Veracruz, había intentado implantar las leyes laborales de Cándido Aguilar en Orizaba.¹²⁰ El propio representante de Yucatán, Héctor Victoria, había perdido el ojo derecho cuando trabajó en la estación de ferrocarriles “La Plancha” en Mérida, Yucatán; lo que le permitió decir que conocía “en carne propia” las consecuencias y las humillaciones que resultaban de los peligros ignorados.¹²¹ Esas consecuencias merecían un tratamiento especial, ya que su repetición constante hacía progresivamente manifiestos los límites de un sistema de protección regido por los principios de responsabilidad individual o la caridad.

De esa manera, con el respaldo de los diputados y sin oposición,¹²² el artículo 123 estipuló que los patrones tenían la obligación de establecer enfermerías, equipadas con servicios y materiales médicos, que auxiliaran a sus empleados en caso de algún incidente, además debían mantener sus fábricas y talleres en buenas condiciones higiénicas para evitar la propagación de enfermedades infecciosas.¹²³ La misma legislación indicó que los empresarios eran responsables de los accidentes y de las enfermedades sufridas con motivo o en el ejercicio del trabajo. Apoyándose en la teoría del riesgo profesional, la Constitución reconoció que los accidentes y las enfermedades laborales eran consecuencia de la “producción industrial” que exponía a los obreros a múltiples peligros asociados con el uso de las máquinas y sustancias tóxicas.¹²⁴ Sobre los patrones recayó la obligación de pagar compensaciones económicas y médicas para los trabajadores según la consecuencia de los incidentes.¹²⁵ Como se puede inferir, el armazón jurídico reconoció que una vida dedicada al trabajo aumentaba las posibilidades de “caer en desgracia” y que era el patrón quién debía

¹²⁰ Estos diputados fueron fundamentales para apoyar la idea de que los peligros del trabajo eran una secuela de la industrialización por lo que la Constitución tenía que incluir derechos específicos, como la jornada laboral de ocho horas y el pago de las enfermedades y accidentes. GÓMEZ GALVARRIATO, *Industria y revolución*, pp. 217-219.

¹²¹ VICTORIA, “El constituyente por Yucatán”, p. 6.

¹²² El artículo 123 fue votado con unanimidad por el Congreso Constituyente de Querétaro el 23 de enero de 1917.

¹²³ “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857”, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917, p. 158.

¹²⁴ La teoría del riesgo profesional fue definida por los juristas franceses Maurice Hauriou y Raymond Saleilles en la legislación civil francesa de 1898. Esa teoría sostenía que los incidentes en los espacios de trabajo no eran el resultado de una falta por parte del empleado, sino consecuencias de la “imprevisibilidad de la era industrial”. Así, los empresarios estaban obligados a remediar las “desgracias laborales” por exponer a sus trabajadores a los riesgos que suponían sus oficios. Esa idea inspiró varias legislaciones sobre accidentes del trabajo, como la danesa en 1898, la italiana en 1899, la española en 1900, la argentina en 1915 y la chilena en 1916. Un estudio sobre la influencia del concepto “riesgo profesional” en las leyes de América Latina se halla en RAMACCIOTTI, “Diálogos transnacionales”, pp. 205-215.

¹²⁵ RAJCHENBERG, “México en la Revolución”, p. 12.

prevenir o resarcir los daños; por otro lado, también se estipuló que era el gobierno el que tenía la obligación de tutelar las relaciones laborales que podían poner en predicamento la vitalidad de la mano de obra.¹²⁶

Apoyándose en los mandatos constitucionales, el Estado mexicano formó una institución que le permitiera observar el cumplimiento de las disposiciones del artículo 123. El 5 de abril de 1917, el Presidente Carranza creó la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo. Una de las obligaciones de la nueva secretaría fue incorporar dentro de su estructura al Departamento del Trabajo; que como se mencionó fue formado en 1911, en medio de la huelga textil. Con ese acontecimiento la institución comenzó a nombrar oficiales de inspección para que, en coordinación con el Departamento de Salubridad Pública, examinaran las condiciones sanitarias de los establecimientos industriales y, en caso de ser necesario, hacer recomendaciones a los empresarios para mejorar los “ambientes de trabajo” y las medidas de seguridad. La secretaría, en teoría, ayudar a las autoridades a comprender la magnitud de los problemas laborales y legitimar su posición como el garante de la salud de los trabajadores al introducir representantes gubernamentales en los espacios más íntimos de la producción nacional.

Si bien los esfuerzos para prestar atención a las condiciones laborales fueron palpables, diversos acontecimientos expusieron paulatinamente las deficiencias de las acciones oficiales y las condiciones reales “del mundo del trabajo” en México. La Constitución de 1917 estipuló que cada legislatura estatal creara reglamentos específicos sobre la protección de los trabajadores que habían quedado establecidos en el artículo 123. Sin embargo, no todas las entidades federativas procederían a esa tarea; la emprenderían en años diferentes y con disposiciones desiguales entre sí. En efecto, en abril de 1923, seis años después de la promulgación de la Carta Magna, el Departamento del Trabajo observaba que sólo trece estados poseían alguna legislación sobre el trabajo. Estados pioneros como Veracruz habían sido seguidos lentamente por Sonora, Yucatán y hasta 1923 por San Luis Potosí. Todavía en vísperas de la promulgación de la Ley Federal del Trabajo, es decir en 1931, cuatro estados y el Distrito Federal carecían de una reglamentación del artículo

¹²⁶ FISHBACK y KANTOR, *A Prelude to the Welfare State*, pp. 1-6; y RAMACCIOTTI, “De la culpa al seguro”, p. 270.

constitucional. Asimismo, la disparidad entre legislaciones estatales era enorme (tabla 3). En San Luis Potosí, la Ley sobre indemnizaciones a los trabajadores del mes de mayo de 1923 estipuló que en caso de accidente, se cubriría íntegramente el salario del trabajador durante seis meses, en los que se evaluaría si el trabajador necesitaba apoyo económico extra para posteriores tratamientos farmacéuticos. Por su lado, en el vecino estado de Zacatecas, en el mismo año, el pago de la asistencia médica se extendía durante los primeros seis meses del incidente sin especificar qué sucedía si el trabajador no se recuperaba por completo.¹²⁷

Tabla 3. Expansión de las disposiciones sobre riesgos del trabajo por la República Mexicana, 1918-1928.

| Estado | Año |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Veracruz | 14 de enero de 1918 |
| 2. Estado de México | 30 de enero de 1918 |
| 3. Sonora | 8 de agosto de 1918 |
| 4. Nayarit | 25 de octubre de 1918 |
| 5. Yucatán | 16 de diciembre de 1918 |
| 6. Guerrero | 8 de diciembre de 1919 |
| 7. Sinaloa | 21 de junio de 1920 |
| 8. Coahuila | 26 de julio de 1920 |
| 9. Michoacán | 1 de septiembre de 1921 |
| 10. Puebla | 14 de noviembre de 1921 |
| 11. Chihuahua | 27 de junio de 1922 |
| 12. Querétaro | 15 de diciembre de 1922 |
| 13. San Luis Potosí | 21 de mayo de 1923 |
| 14. Jalisco | 31 de julio de 1923 |
| 15. Durango | 10 de julio de 1924 |
| 16. Guanajuato | 1 de septiembre de 1924 |
| 17. Campeche | 29 de noviembre de 1924 |
| 18. Tamaulipas | 12 de junio de 1925 |
| 19. Colima | 21 de noviembre de 1925 |
| 20. Oaxaca | 21 de marzo de 1926 |
| 21. Tabasco | 18 de octubre de 1926 |
| 22. Zacatecas | 16 de diciembre de 1926 |
| 23. Chiapas | 28 de febrero de 1927 |
| 24. Aguascalientes | 6 de marzo de 1928 |

Fuente: PALOMO, “Cirugía conservadora y restauradora en los accidentes del trabajo”, pp. 42-43.

La poca claridad y la dilatada expansión de las legislaciones estatales ocasionaron que algunos empresarios interpretaran a su conveniencia las reglamentaciones sobre protección laboral. El caso más relevante sucedió en Orizaba, Veracruz, con la llamada

¹²⁷ RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, pp. 105-106.

huelga de los diez mil. El 14 de junio de 1923 los obreros de la fábrica de Yute San Gertrudis, la Compañía Industrial y de la Cervecería Orizaba se declararon en huelga porque sus patrones, “ignorando los designios del artículo 123”, no otorgaban servicios médicos suficientes en casos de incidentes laborales. Como sugiere el historiador Enrique Rajchenberg, la huelga de Orizaba se constituyó en la manifestación más grande del México posrevolucionario en que se planteó el problema de la seguridad médica, “no sólo en la letra sino en el reclamo de su reconocimiento práctico”.¹²⁸ Reclamo directo que puso de manifiesto que los patrones mexicanos no mantenían sus fábricas en las mejores condiciones higiénicas posibles y que, todavía más preocupante, no ofrecían asistencia a sus empleados durante alguna emergencia que pusiera en peligro su integridad física. La incertidumbre y los problemas descritos se verían reflejados en una intensa discusión que incidió en las formas en que se concibió la conservación de la salud de la clase trabajadora en la esfera pública mexicana.

¿Cómo daña el trabajo?

Algunos miembros de la comunidad médica fueron los primeros en esbozar un panorama general sobre la situación de la clase trabajadora y presentar una dura crítica al punto de vista estatal. Invitado por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, el doctor Alfonso Pruneda dictó el 21 de noviembre de 1917 una conferencia titulada “La Higiene Industrial” para los oficiales inspectores y los empresarios de la Ciudad de México, en la Escuela Nacional Preparatoria.¹²⁹ Mostrando un ideal industrializador, Pruneda expresó que en la solidez de la industria descansaba buena parte del progreso nacional y por eso una de las máximas preocupaciones políticas tenía que ser la “conservación del buen estado de salud del obrero para asegurar la estabilidad y el futuro de la producción de la riqueza”.¹³⁰

El médico, citando los postulados de la higiene industrial, exteriorizó que era necesario conocer a profundidad las contrariedades que afectaban la vida y la salud de la

¹²⁸ Un resumen de la “huelga de los diez mil” se halla en RAJCHENBERG, “México en la revolución”, pp. 13-15.

¹²⁹ Alfonso Pruneda (1879-1957) fue un médico mexicano. Se desempeñó como rector de la Universidad Popular Mexicana de 1912 a 1922 y de la Universidad Nacional de México de 1924 a 1928.

¹³⁰ *Reseña y memorias*, p. 579.

clase trabajadora, por más duras y trágicas que fueran, para encontrar alguna solución.¹³¹ Señaló lo que, a su consideración, impedía detener el “deterioro de la masa laboral”: la evidente apatía de los principales actores de la industria mexicana. A pesar de que las fábricas y talleres rodeaban al trabajador con las condiciones necesarias para comprometer su vida por medio de la utilización de máquinas y sustancias tóxicas, los empresarios todavía no implementaban planes de asistencia médica en caso de alguna fatalidad. Además, los trabajadores no se interesaban o no recibían la capacitación adecuada para convivir con los riesgos que representaban sus actividades.¹³²

Aunque el artículo 123 constitucional había estipulado la obligación por parte de los patrones de guardar la salud clase trabajadora, el doctor manifestó que se corría el riesgo de que dicha ley no se cumpliera al pie de la letra; en primer lugar por el desinterés empresarial y, en segundo, por la falta de un programa que estimulara la participación de los obreros en la búsqueda de alternativas para solucionar los problemas laborales. El conferencista mencionó que era necesario involucrar a todos los personajes de la industria mexicana y hacerlos conscientes de que sin la creación de enfermerías en los espacios laborales, de medidas de higiene y de prevención de accidentes, el trabajo “tendrá que ser deficiente y mucho menos productivo”. Para finalizar, se apuntó que

los patrones no olviden a sus obreros; pero que éstos también pongan de su parte todo lo que deben hacer para conservar su salud. La tarea es de ambos. Unos y otros pueden y deben esforzarse en el mismo sentido y, de esta manera, las enfermedades y las penalidades de los gremios obreros disminuirán, sin duda alguna, para bien de todos.¹³³

La ponencia pronosticaba que si las instituciones de gobierno no se comprometían a escuchar las opiniones de los trabajadores y los patrones para diseñar los planes de protección, era posible que ese ambicioso proyecto de promoción de la salud colectiva fracasara. Las actividades no serían sencillas, ya que a partir de 1920 México experimentó un nuevo crecimiento industrial. El fin de la fase armada de la Revolución motivó a las fábricas mexicanas a utilizar de manera intensiva las plantas heredadas de épocas anteriores

¹³¹ La higiene industrial es un área de estudio de la medicina que se forma en Europa entre finales del siglo XIX y la Primera Guerra Mundial. Es considerada un conjunto de preceptos dirigidos a conocer y prevenir las enfermedades asociadas al trabajo, al medio industrial y a la presión de éste sobre la salud y el cuerpo del trabajador. GALLO y MÁRQUEZ, “La enfermedad oculta”, p. 123.

¹³² *Reseña y memorias*, p. 581

¹³³ *Reseña y memorias*, p. 585.

y a absorber las pequeñas y medianas empresas, comúnmente de producción artesanal, acelerando la proletarización de los trabajadores urbanos. Como proporción del producto interno bruto la industria pasó de representar 13.1% en 1920 a 19.4% a finales de la década de 1930. De la misma manera, la Ciudad de México, espacio del estudio, llegó a reunir el 25% de los trabajadores industriales y casi 9% de la industria del país, entre las que destacaron las fábricas de producción textil, de productos químicos, de productos de hule y de alimentos.¹³⁴ Si bien la concentración de plantas industriales ofreció oportunidades laborales, también creó nuevos problemas por la utilización de diversos procesos mecánicos y la agrupación de personas en fábricas con espacios reducidos. En poco tiempo las investigaciones elaboradas por inspectores de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo comprobaron los “claroscuros” del desarrollo industrial y las preocupaciones de Pruneda; además, muchas veces arrojaron conclusiones pesimistas sobre las circunstancias en las que los obreros realizaban sus actividades a principios de la década de 1920.

El informe que realizó en octubre de 1919 Juan de Beraza, oficial del Departamento del Trabajo, sobre la fábrica de hilados “La Perfeccionada, ubicada en la Ciudad de México, evidencia la precariedad de los servicios médicos y sanitarios que las empresas ofrecían a los trabajadores. Aquel documento dio detalles sobre algunas características de las industrias de tejido en la capital, como que en algunos talleres el 60% de los empleados eran mujeres. El oficial indicó que la situación laboral de las 479 obreras y 182 obreros de “La Perfeccionada” bien podría tomarse como ejemplo de la realidad nacional. El gerente de la fábrica reconoció que en caso de algún accidente o enfermedad los hombres y las mujeres recibían auxilios de la empresa sólo “cuando se puede y según los casos”. Por su parte, las trabajadoras confesaron, sin temor a futuras represalias, que nunca o pocas veces tenían acceso a servicio médico cuando sufrían algún percance. Para las lesiones en los dedos, los incidentes más comunes con las máquinas de coser, era “necesario que se curen con limón a fin de endurecer las heridas”.¹³⁵ El expediente presentó fotografías de la fábrica que permiten un acercamiento visual a las actividades de las obreras. En la imagen 1 se puede apreciar que las mujeres que vigilaban los telares cubrían sus cabezas con cofias de tela para evitar que las flechas, que

¹³⁴ GARZA, *El proceso de industrialización*, pp. 140-154.

¹³⁵ “El oficial ayudante Juan de Beraza informa sobre la fca. de hilados y tejidos “La Perfeccionada”, 25 de octubre de 1919, AGN, Departamento del Trabajo, caja 162, expediente 28, hojas 1-3.

movían las máquinas, las cogieran del cabello y les arrancaran la piel cabelluda, uno de los accidentes más recurrentes en las fábricas de productos textiles. Así, se remarcaron los métodos básicos que intentaban proteger el cuerpo de las trabajadoras. Al final del documento, Juan de Beraza se quejó de que las disposiciones del artículo 123 pocas veces interesaban a los dueños de las empresas mexicanas y que al no encontrar colaboración alguna los oficiales poco podían hacer por el bienestar de hombres y mujeres.

Imagen 1



Fuente: “El oficial ayudante Juan de Beraza informa sobre la fca. de hilados y tejidos “La Perfeccionada”, 25 de octubre de 1919, AGN, Departamento del Trabajo, caja 162, expediente 28, fotografía 2.

Se puede agregar que el marcado interés de las autoridades por las actividades de las mujeres se explica por el aumento del número trabajadoras dentro de distintas industrias, entre 1880 y 1920, en México y en particular en la capital. Durante ese periodo, las mujeres constituyeron el 37% de la fuerza laboral de la Ciudad de México y quienes trabajaron en las manufacturas se concentraron principalmente en las fábricas de tabaco, ropa confeccionada, zapatos, fósforos y papel. En la industria textil, el caso que analiza el informe, las mujeres representaron el 31% de la mano de obra. El intento gubernamental por vigilar ese fenómeno laboral motivó que Juan de Beraza se convirtiera en uno de los principales inspectores del trabajo de la mujer en la capital, ya que en el año de 1920 se le asignaron visitas y entrevistas con obreras en otras fábricas de tejidos y en la Empresa Telefónica Ericsson.¹³⁶

¹³⁶ PORTER, “De obreras y señoritas”, p. 184; y PORTER, “Working Woman”, texto digital consultado el 5 de agosto de 2020, p. 2, link: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.16>

Un caso similar se produjo durante la inspección en la fábrica de hilados “La Tejedora” en la Ciudad de México. Agustín Valdés, dueño y director, reveló que cuando alguno de sus 41 obreros o 33 obreras sufría algún percance recibía “auxilio de sus compañeros y algunos cuidados por parte de la fábrica”. El oficial al mando de la investigación concluyó que a pesar del interés del señor Valdés, las medidas de asistencia eran insuficientes ya que el “socorro entre los trabajadores” no garantizaba la completa recuperación de la persona accidentada por lo que era necesario recomendar, con el apoyo de trabajadores y patrones, mejores sistemas de atención.¹³⁷ Sucesos como los anteriores demuestran que dentro de las mismas instituciones gubernamentales existió la opinión de establecer puentes de diálogo entre los patrones y la clase proletaria. Esa propuesta fue considerada trascendental para identificar las carencias en materia de promoción de la salud laboral pero también para fomentar el interés colectivo en el tema.

Para respaldar a la Secretaría del Trabajo, el Departamento de Salubridad Pública apoyó los comentarios de los inspectores. Los médicos visitantes, F. Z. Monjaras y J. Huici, seleccionados para ayudar en la vigilancia de las industrias de la Ciudad de México, durante el año de 1921, declararon que para resolver los problemas de las actividades fabriles era necesario que las autoridades dedicaran especial atención en “vulgarizar los conocimientos profilácticos, entre los obreros y los patrones, haciendo uso de todos los medios que estén a su alcance para lograrlo: artículos en la prensa, folletines y conferencias en sociedades obreras”.¹³⁸ También solicitaron que se crearan comisiones especiales que advirtieran las formas en las que el trabajo “puede dañar el cuerpo humano”. Los médicos del Departamento mencionaron que entre más claro se explicara que los incidentes podían atribuirse “a las condiciones del medio en que tienen que desarrollarse las operaciones fabriles; a la capacidad física y mental de obrero; al género de trabajo y a los materiales empleados en él” se crearían procedimientos más precisos para prevenirlos y atenderlos de manera eficiente.¹³⁹ La alarma frente al desconocimiento popular de los preceptos de la higiene pública y privada, la

¹³⁷ “Datos estadísticos de La Tejedora”, 11 de febrero de 1919, AGN, Departamento del Trabajo, caja 162, expediente 20, hojas 3-5.

¹³⁸ “Preliminares sobre la inspección sanitaria de las municipalidades”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, primer semestre enero-junio 1921, p. 144.

¹³⁹ “Observaciones que hace el Departamento de Salubridad para que se tenga en cuenta en la formación de la Ley Reglamentaria del Artículo 123 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, que trata del Trabajo y Previsión social”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, primer semestre enero-junio 1921, pp. 152-153.

insalubridad de los establecimientos industriales y la ausencia de regulación laboral hicieron patente una crisis que reclamó, por parte de los agentes del Departamento, una respuesta política-social inmediata.

Las opiniones esbozadas por los miembros de la comunidad médica y los obreros entrevistados por oficiales de inspección pronto encontraron réplicas de uno de los grupos patronales más grandes del país. La Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN) en una serie de ponencias, tituladas “conferencias preliminares”, presentadas el 21 de agosto de 1922 analizó el tema de la protección a la salud de los trabajadores y trabajadoras.¹⁴⁰ Carlos B. Zetina, industrial zapatero de la Ciudad de México, en su texto “Trabajo y Capital” manifestó que si las “clases laborantes han vivido y aún viven abandonadas y enfermas era porque el gobierno no había sabido cuidar de sus cuerpos”.¹⁴¹ El empresario pensaba que las disposiciones del artículo 123 si bien intentaban garantizar condiciones laborales dignas, al ser aplicadas arbitrariamente por los funcionarios estatales se demostraba un amplio desconocimiento sobre el “medio obrero y de los verdaderos rendimientos del capital para decir con la mayor exactitud posible qué es lo que se debe pedir y qué lo que se puede dar”.¹⁴²

Por medio de esas “conferencias preliminares” de agosto de 1922, los miembros de la CONCAMIN expusieron de forma concreta que los empresarios mexicanos no podían someterse por completo a las recomendaciones dictadas por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo; principalmente por dos motivos. En primer lugar, la introducción de oficiales de inspección y otros personajes vinculados al Estado, en las fábricas y los talleres violaba la figura de autoridad de los patrones en sus propias industrias. Se alegó que era absurdo que los empleadores no pudieran participar, de forma directa, en la construcción de sistemas de prevención y asistencia cuando el artículo 123 los hizo responsables de la salud de los trabajadores en los espacios laborales. El segundo motivo se basaba en la opinión de que en México no se había planteado la necesidad de crear un régimen de previsión social

¹⁴⁰ La CONCAMIN es un organismo de representación de distintos sectores industriales de México fundado en 1918. Se Integró con 46 cámaras nacionales y 14 cámaras regionales de los distintos sectores productivos del país como el textil, el de la construcción y la editorial. La CONCAMIN se formó con la intención de convertirse en uno de los instrumentos políticos de los industriales para promover y defender sus intereses frente al intento del Estado de legislar y vigilar las relaciones laborales en México.

¹⁴¹ *Conferencias preliminares*, p. 32.

¹⁴² *Conferencias preliminares*, pp. 26-27.

que asegurara que las medidas de auxilio se aplicaran de manera homogénea en todo el territorio nacional.¹⁴³ La cámara de industriales señaló que el Estado estaba cometiendo un error al tratar de imponer una serie de obligaciones a los patronos sin conocer a detalle los inconvenientes por los que atravesaban sus empresas. El grupo empresarial demandó que las ideas sobre la protección social al trabajador tenían que ser repensadas de forma colectiva para estandarizar los métodos de asistencia y con ello evitar los problemas expuestos por los inspectores de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo y el Departamento de Salubridad.

Esfuerzos empresariales, estadística y prensa

La preocupación por las circunstancias de la clase laborante no sólo se expresó de forma discursiva por medio de conferencias públicas. Varias empresas formaron programas de auxilio para acatar el artículo 123 y responder a los cuestionamientos obreros y gubernamentales. Sin embargo, esos procedimientos sólo funcionaron para grupos de trabajadores con peso estratégico en las industrias regionales y nacionales. Los casos paradigmáticos fueron la Compañía Telefónica y Telegráfica Mexicana y la Compañía de Tranvías de México S.A. Debido a que conductores, mecánicos y electricistas eran considerados mano de obra calificada que era difícil de sustituir, ambas compañías crearon, entre los años de 1926 y 1928, dentro de sus organigramas la figura del “médico de la compañía”. La misión de ese profesional de la medicina fue otorgar “atención eficiente por cuenta de la empresa hasta por un término de cuarenta y cinco días” a “todo trabajador que sufra una lesión” para aminorar la posibilidad de cualquier manifestación pública relativa a ese tema.¹⁴⁴

Para el uso exclusivo de los conductores y mecánicos, la Compañía de Tranvías construyó en el año 1928 un Departamento Médico en la estación “Indianilla” de la Ciudad de México, en el que “los obreros recibirán las curaciones en todos los casos de accidente,

¹⁴³ En 1920 el Departamento del Trabajo publicó una serie de entrevistas a empresarios de México que apoyaron los reclamos de la CONCAMIN. Esa publicación indicó que el auxilio por parte de los patronos estaba lejos de ser homogéneo. Por ejemplo, La Compañía Petrolera “San José”, en el estado de Tamaulipas, señaló que en caso de accidente o enfermedad la empresa sólo otorgaba “medicinas gratis”. Por su parte, Agapito Ramos, dueño de la fábrica de cigarros “El comanche” en el Estado de Coahuila, confesó que “humanitariamente ayuda” a sus trabajadores según “sus posibilidades”. RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, pp. 95.

¹⁴⁴ *Contrato colectivo de trabajo*, pp. 14-16.

antes de ser llevados a sus casas”. La empresa aseguró que esos empleados “tendrán derecho a todas las medicinas necesarias hasta su alivio, siempre que sean atendidos por el médico de la compañía”.¹⁴⁵ Aunque esos casos demostraron la preocupación de los empresarios por acabar con las críticas en materia de higiene y seguridad laboral, sus programas fueron poco ambiciosos. Al ser obreros indispensables por sus conocimientos técnicos y fundamentales para la comunicación de la capital, los convenios dejaron en claro que los auxilios sólo serían para ese tipo específico de empleados y aplicados por un doctor que respondía directamente a los directivos de la compañía.

En otras regiones del país la figura del “médico de la compañía” sufrió ataques polémicos. En la Compañía Industrial Veracruzana, S.A. (CIVSA) emplazada en el Valle de Orizaba, los obreros del ramo textil entraron en conflicto directo con los jefes de los servicios médicos en septiembre de 1923, debido a la asignación de periodos de incapacidad ocasionados por los incidentes del trabajo. Los hechos se revelaron cuando el Director de CIVSA sostuvo conversaciones con autoridades del estado de Veracruz en las que declaró que casi todos los días, sobre todo los lunes, muchos trabajadores aseguraban estar enfermos, pero “como el 80% de los que se presentan (a los servicios de medicina) no tienen nada”, el médico de la empresa los regresaba a sus puestos de trabajo. Esos hechos ocasionaban que los empleados se dirigieran al doctor contratado por el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, “quien siempre les encuentran alguna cosa y les recetan reposo, las autoridades pretenden entonces hacernos pagarles las medicinas y medio salario”.¹⁴⁶

Ante la magnitud de los acontecimientos descritos, los directivos de CIVSA concluyeron en 1924, al haber fracasado en la contratación y asignación de asistencia médica para sus empleados, que la única salida viable era que el gobierno mexicano estableciera, con apoyo de sindicatos y empresarios, un sistema de prestaciones hospitalarias y farmacéuticas que se pagara con colaboración de todos los grupos económicos interesados.¹⁴⁷ La incapacidad de los esfuerzos privados para resolver satisfactoriamente los problemas de la

¹⁴⁵ “Convenio celebrado entre la Cía. De Tranvías y la Alianza de obreros y empleados de la misma”, *Electra*, julio de 1928, p. 23.

¹⁴⁶ GÓMEZ GALVARRIATO, *Industria y revolución*, pp. 245-246.

¹⁴⁷ GÓMEZ GALVARRIATO, *Industria y revolución*, p. 247.

de la mano de obra en la República, logró convencer a varias compañías que era el momento de iniciar la elaboración de un proyecto de protección social e higiene industrial que aliviara, con el respaldo de patrones y trabajadores, los peligros a la salud colectiva que las actividades laborales pudieran ocasionar.

Junto a la polémica por los médicos de las empresas, las estadísticas nacionales elaboradas por el Departamento del Trabajo también demostraron que el socorro médico y material, sobre todo en el caso de accidentes laborales, no parecía ser una práctica extendida en la República. Las cifras expresaron que un número reducido de personas solicitaba algún tipo de compensación a sus patrones y que las contrariedades vinculadas al trabajo lejos de contenerse se agudizaban año con año. Asimismo, el hecho de que las autoridades, por medio de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, comenzaran a recolectar esas estadísticas manifestó que el gobierno mexicano intentó ordenar información sobre los percances laborales. En un estudio sobre la clase obrera mexicana realizado en el año de 1934, la investigadora norteamericana Marjorie Ruth Clark mencionó que las pugnas obrero-patronales, como resultado de los accidentes y los costos materiales de la atención médica u la hospitalización de los trabajadores, motivaron la recolección de datos técnicos sobre los números aproximados de incidentes o el porcentaje de trabajadores que recibieron algún tipo de apoyo como muestra la tabla 4.¹⁴⁸

Tabla 4. Estadísticas sobre el número de accidentes relacionados con el trabajo en la República mexicana, 1924-1927

| | Número total de accidentes contabilizados | Trabajadores accidentados que solicitaron apoyo médico temporalmente (entre 7 y 15 días) | Porcentaje |
|-------------|--|---|-------------------|
| Año | | | |
| 1924 | 17, 597 | 4, 296 | 24.41 % |
| 1925 | 22, 112 | 4, 282 | 19.36 % |
| 1926 | 29, 487 | 5, 094 | 17.27% |
| 1927 | 26, 443 | 4, 795 | 18.13% |

Fuente: “Sección de Investigaciones e Informes sociales”, 14 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1670, expediente 1, hojas 4 y 7.

Aunque las cifras pueden considerarse fragmentarias, ya que no ofrecen información sobre las consecuencias de los accidentes, las causas de los mismos o datos exactos sobre el

¹⁴⁸ CLARK, *La organización obrera*, pp.184-195.

tipo de apoyo médico y económico otorgado, es evidente que se intentaba resaltar que sólo el 20% de los trabajadores mexicanos obtenía algún tipo de auxilio prolongado durante “alguna desgracia laboral”. Esa información se puede complementar con las denuncias individuales de los trabajadores por medio de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo. Por ejemplo, en mayo de 1923, Luis Ayala, trabajador de Cananea Consolidated Cooper Company en el estado Sonora, envió una carta al Departamento del Trabajo en la que explicaba que a pesar de haberse lesionado el brazo izquierdo por la caída de una piedra en la “Mina Chivatera”, no había “conseguido ninguna piedad ni socorro de la compañía para curarme y hacer algo en bien de mi pobre familia”. El señor Ayala solicitó que la empresa respetara “el derecho y la ley de nuestra patria” y compensara todo el dinero invertido en la atención médica. Por la insistencia del minero, los oficiales del Departamento del Trabajo informaron en julio de 1923 que la empresa y el trabajador habían “acordado la entrega de una **gratificación**” para cubrir los gastos ocasionados por el accidente en la mina.¹⁴⁹ Hechos como el anterior muestran que las disposiciones sobre la asistencia para los trabajadores se seguían sujetando, muchas veces, a la voluntad de los empresarios como sucedió a principios del siglo XX. Del mismo modo, al utilizar conceptos como el de “gratificación”, para definir los acuerdos entre los trabajadores y los patrones, se confería al tema el significado de un deber ético más que de un derecho sancionado por el artículo 123 desde el año de 1917.

También se redactaron estudios que se atrevieron a señalar que no existieron métodos de vigilancia estrictos o eficientes durante los procedimientos laborales. Ese fue el caso de la tesis de medicina de Lorenzo Moisen en 1931. El joven médico de la Ciudad de México estudió y anotó los reportes de accidentes procesados por el Departamento del Trabajo, para elaborar una tabla de los primeros cuatro meses de ese año en los que anotó las “causas aparentes” de los percances en México (tabla 5). Como el mismo Moisen mencionó, su objetivo fue “empezar la costumbre” de entregar mayor información sobre los incidentes para que obreros, patrones y autoridades gubernamentales crearan mejores medidas de protección.

¹⁴⁹ Las negritas son mías, “Luis Ayala, accidentado en la Mina Chivatera de Cananea, Sonora”, julio 19 de 1923, AGN, Departamento del Trabajo, caja 653, expediente 5, hojas 1,9 y 15.

Tabla 5. Causas de los incidentes laborales en México. Enero-Abril de 1931

| Accidentes | Enero | Febrero | Marzo | Abril |
|--|-------|---------|-------|-------|
| <i>Caídas de objetos</i> | 566 | 496 | 546 | 561 |
| <i>Manejo de objetos</i> | 191 | 190 | 221 | 201 |
| <i>Herramienta</i> | 204 | 168 | 161 | 159 |
| <i>Maquinaria</i> | 128 | 100 | 90 | 98 |
| <i>Otros</i> | 615 | 579 | 661 | 544 |
| <i>Total</i> | 1704 | 1533 | 1679 | 1563 |
| <i>Promedio de incidentes ocasionados por objetos cotidianos del trabajo</i> | 63.9% | 63.2% | 60.6% | 65.2% |

Fuente: MOISEN, “Accidentes del trabajo”, pp. 52-54.

El texto es sumamente crítico a la situación que prevalecía, pues apuntó que en México la estadística sobre los incidentes todavía estaba dando sus primeros pasos ya que “los datos y su análisis no son completos” y no permitían elaborar series mucho más largas y explicativas. Concluyó que los trabajadores experimentaban una auténtica angustia al desempeñar, durante todo el día o la noche, sus actividades sin “educación y proyectos suficientes en asuntos de higiene y medicina industrial”.¹⁵⁰ Que más del 60% de los accidentes sucedieran mientras la mano de obra nacional manipulaba objetos cotidianos del trabajo (herramientas, maquinaria, sustancias, gases) era la muestra de que los patrones, además de no ofrecer apoyo material en caso de algún percance, tampoco se preocuparon por evitarlos capacitando a sus empleados contra los peligros de la producción.

La crítica pública y los inconvenientes de los oficiales de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo para recabar información contribuyeron a crear la percepción e imaginario social de que los trabajadores mexicanos experimentaban una crisis que ponía en riesgo sus vidas. El 10 de marzo de 1928, un periódico de la Ciudad de México reportó un accidente en una mina de arena en la población de Tacubaya, al poniente de la ciudad. El artículo señaló que el obrero Apolinar Hernández sufrió lesión de espalda y “principio de

¹⁵⁰ MOISEN, “Accidentes del trabajo”, pp. 51-52.

asfixia” al terminar debajo de un deslave de arena. Más allá de los detalles del incidente, el escritor del reportaje preguntaba “ante la frecuencia de los accidentes”, qué medidas tomaría el Departamento del Trabajo para evitar que sucesos parecidos volvieran a ocurrir y cómo garantizaría la recuperación de las personas lesionadas sin apelar a los auxilios mínimos por parte de los patrones.¹⁵¹ Otro artículo publicado en el periódico *Excélsior* en marzo de 1929, describió el incidente del albañil Pedro Mendoza. El reportero relató que el señor Mendoza sufrió lesiones en la cabeza al caer de un andamio mientras trabajaba en las obras de reparación de un edificio situado en la “avenida Madero de la capital”. El reportero mencionó que el trabajador no recibió de forma inmediata atención médica al no contar en el lugar de sus labores con un espacio acondicionado como enfermería, lo que representaba una clara muestra de las violaciones a las disposiciones constitucionales en materia laboral.¹⁵²

En otras ocasiones los reportajes narraron incidentes graves en los que estuvieron involucrados más de un trabajador. La circulación de esos acontecimientos en la esfera pública fue más trascendente porque dejaron en claro que los percances que ocurrían con cierta regularidad, poco tuvieron que ver con fallas individuales, debido a que poseían eminentemente una raíz y una repercusión colectiva. Fue el caso del derrumbe de la mina de arena denominada “Kilómetro Ocho y Medio” en el pueblo de Santa Fe, al noroeste de la capital, el 7 de septiembre de 1929. El *Excélsior* mencionó que siete obreros fueron heridos y uno murió a causa de una explosión que desmoronó una gran cantidad de tierra y piedras en la entrada de la mina. El texto señaló que ese tipo de accidentes pasaban de forma frecuente porque a pesar del peligro, muchos trabajadores eran obligados a “volar” piedras o crear agujeros sin la cantidad de dinamita correcta. Además, los obreros no contaban con ninguna instrucción especial más que el precario grito de “salir apresuradamente de la mina y de los socavones”.¹⁵³ Con aquellos artículos dirigidos directamente a la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo los periódicos expusieron que las medidas gubernamentales no significaron una mejora inmediata en las condiciones laborales de los trabajadores; y como

¹⁵¹ “Otro accidente en una mina de arena en Tacubaya”, *El Universal*, 10 de marzo de 1928, p. 4.

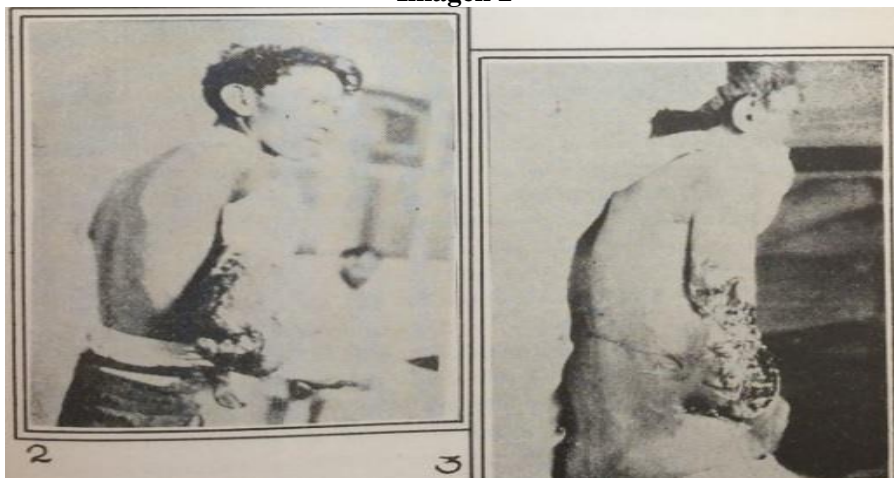
¹⁵² “Fatal accidente en la avenida Madero”, *Excélsior*, 8 de noviembre de 1929, p. 4.

¹⁵³ “Un obrero fue muerto al ocurrir espantoso derrumbe en una mina”, *Excélsior*, 8 de septiembre de 1929, p. 7.

mencionaba el primer reportero, ante el aumento de los incidentes, era el momento de replantearse las medidas destinadas al auxilio de los trabajadores.

Por último, con un enfoque más informativo, yo diría hasta amarillista, el médico Juan Palomo Martínez concluyó en el año de 1937 que las estadísticas, tesis de medicina y artículos periodísticos, dedicados a los accidentes laborales, tenían que plasmar en sus páginas la desesperación de la “gran tragedia” que cientos de individuos pasaban por causa de algún accidente. El carácter crudo y frío de cifras y fotografías podía animar a que el Estado mexicano, los patronos y los trabajadores contribuyeran a resolver los problemas económicos y de relaciones laborales que las altas tasas de siniestralidad comportaban para la industria nacional.¹⁵⁴ Así lo dejó en claro Juan Palomo con la publicación de fotografías (imágenes 2 y 3), dentro de su tesis de grado, en las que plasmó como una relación irresponsable con las herramientas y la maquinaria podía dejar inutilizado para el trabajo o exponer a la “piedad pública y caridad” a la población mexicana.

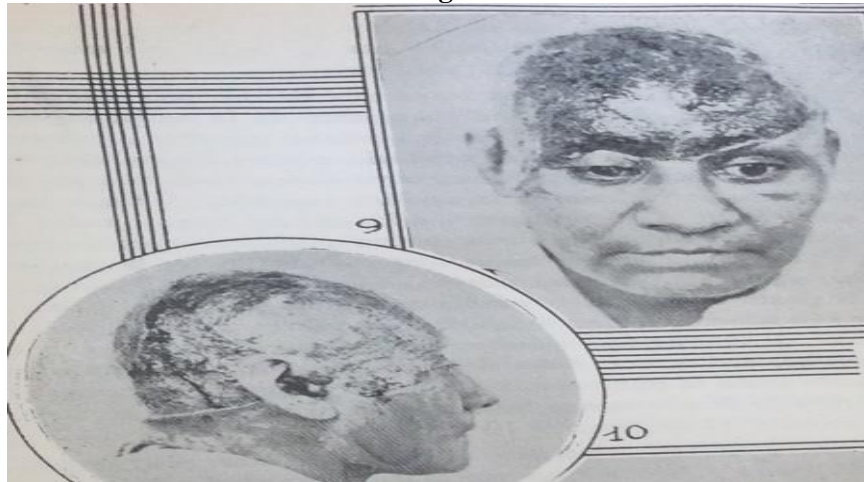
Imagen 2



Fotografía de un obrero de la fábrica de muebles “Nacional”, lesionado por un engrane de la máquina para cortar lámina. PALOMO, “Cirugía Conservadora y Restauradora en los Accidentes Del trabajo”, p. 75.

¹⁵⁴ PALOMO, “Cirugía Conservadora y Restauradora en los Accidentes del Trabajo”, pp. 16-23.

Imagen 3



Fotografía de una trabajadora de la fábrica de hilados y tejidos “La Perfeccionada”. La mujer fue cogida de los cabellos por la flecha que movía las máquinas produciéndole “arrancamiento de la piel cabelluda”. PALOMO, “Cirugía Conservadora y Restauradora en los Accidentes del Trabajo”, p. 83.

Los acontecimientos expuestos en este capítulo demuestran la preocupación que diversos actores de la sociedad mexicana expresaron por la integridad física de los trabajadores y las trabajadoras. Las opiniones se concentraron en la demanda de participación activa de los patrones y la clase proletaria en la construcción de los sistemas de asistencia en los espacios laborales. Los problemas expuestos por los oficiales del Departamento del Trabajo parecían indicar que las autoridades no consiguieron imponer y vigilar el cumplimiento de una serie de recomendaciones que garantizaran ambientes de trabajo mínimamente dignos. Las expresiones críticas, de médicos y patrones, y el conocimiento público de las condiciones laborales le asignaron a las contrariedades de la mano de obra el carácter de un problema social y como tal debía ser analizado más allá de los marcos gubernamentales como se expondrá en el próximo capítulo.¹⁵⁵

¹⁵⁵ RAJCHENBERG, “De la desgracia al accidente”, pp. 85-86.

Capítulo 3. “Trabajar enferma”. La discusión pública sobre la salud de los trabajadores industriales, 1928-1938.

Este capítulo intentará mostrar que los argumentos que motivaron los planes de resguardo de la salud de la clase laborante se discutieron en diversos foros públicos de la sociedad mexicana. La construcción del Estado posrevolucionario no significó una mejora inmediata de las condiciones de vida de los trabajadores, ni tampoco los programas para garantizar su protección fueron el resultado de un proceso armónico. El Estado tuvo que debatir y recolectar información con actores sociales como médicos, patrones y organizaciones de trabajadores. Así, pondré énfasis en el impacto que tuvieron las reivindicaciones obreras en materia de previsión social, los conocimientos de los profesionales de las ramas médicas y las opiniones de los patrones en el establecimiento del tema de “las condiciones de vida” de los trabajadores en la esfera pública mexicana.¹⁵⁶

El capítulo analizará dos eventos que convirtieron la protección social en una cuestión importante de la discusión pública: la Convención Mixta de 1928 y el Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo de 1937. Se eligieron esos dos acontecimientos porque, a pesar de ser ideados por las autoridades gubernamentales, permitieron a trabajadores organizados, patrones y médicos exponer sus opiniones y colaborar con el Estado mexicano para erigirse como las voces autorizadas en materia de salud en el “mundo del trabajo”. Además, esos congresos concentraron a los personajes que Ricardo Salvatore denomina “hombres públicos”. En otras palabras, líderes obreros, empresarios y profesionales que por su actuación en organizaciones sindicales, comunidades científicas y cámaras industriales tuvieron acceso a los principales debates sobre la creación de las políticas sociales y laborales en México.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Algunos historiadores e historiadoras ya han sugerido la necesidad de estudiar las expresiones emanadas de diversos actores de la sociedad para entender la conformación de las políticas sanitarias, sociales y culturales en América Latina. El autor de esta tesis se considera deudor de esas aportaciones. Un análisis de la participación de la comunidad médica en la formación del proyecto de salubridad orientado a las comunidades rurales de México se halla en AGOSTONI, “Médicos rurales”. Una síntesis sobre el papel del movimiento obrero en el debate de las políticas sociales (vivienda obrera, salud pública) en Argentina entre 1870 y 1920 se puede consultar en SURIANO, “La cuestión social”.

¹⁵⁷ SALVATORE, “Introducción. Los lugares del saber”, p. 33.

Un sistema de protección integral. Propuestas sobre el “seguro obrero”

Los personajes que, como se describió en capítulo anterior, expresaron sus inquietudes referentes a los problemas laborales encontraron el momento adecuado para participar en el debate sobre los proyectos de salud en 1928. Ese año estuvo marcado por los intentos gubernamentales de promulgar un código federal del trabajo que permitiera al Estado convertirse en la entidad mediadora de las relaciones entre el capital y el trabajo. El grupo en el poder, encabezado por el Presidente Plutarco Elías Calles (1924-1928), pensaba que la falta de una legislación laboral impedía al gobierno revolucionario erigirse, de una vez por todas, como el “tutor” de los trabajadores y obtener su apoyo para dictar los lineamientos de la reorganización económica del país. Además, el asesinato del Presidente electo Álvaro Obregón, en julio de 1928, obligó a las autoridades a fortalecer la imagen de legalidad e institucionalidad del régimen.¹⁵⁸

En ese contexto, Emilio Portes Gil, secretario de gobernación en los últimos meses del mandato de Calles y Presidente interino de la República entre diciembre de 1928 y febrero 1930, hizo pública su intención, el 20 de octubre de 1928, de encabezar un plan que tuviese por objetivo presentar a las Cámaras de Diputados y Senadores un Código Federal del Trabajo que regulara los inconvenientes y disputas entre los trabajadores y los empresarios en México. Portes Gil expresó que sus intenciones contaban con el respaldo del Poder Ejecutivo y la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, esta última dirigida por el doctor José Manuel Piug Casauranc.¹⁵⁹ El secretario de gobernación hizo énfasis que dentro de su proyecto se contempló idear una propuesta que ayudara al Estado a vigilar la salud de los trabajadores; un tema que, a su consideración, era necesario que las autoridades presentaran a la opinión pública para observar con detenimiento las “diversas posturas de la sociedad”.¹⁶⁰ Esas declaraciones se apropiaron de las demandas de los años anteriores: las contrariedades de la clase laborante debían ser analizados de manera colectiva, involucrando a todos los personajes interesados. No obstante, Portes Gil exteriorizó que el debate, de llevarse a cabo,

¹⁵⁸ CÓRDOVA, “En una época de crisis”, pp. 7-45.

¹⁵⁹ Morrow to Secretary of State, 22 de octubre de 1928, U.S. Department of State (DS), no. 812. 504/960, Microfilms de los Records of the Department of State Relating to the Internal Affairs of Mexico, 1920-1929 (RDSIAM, 1920-1929).

¹⁶⁰ Morrow to Secretary of State, 22 de octubre de 1928, DS, no. 812. 504/960, RDSIAM, 1920-1929.

tenía que ser dirigido por las instituciones estatales para posicionarlas como las dueñas del conocimiento experto en la materia.

El proyecto del Código Federal del Trabajo se presentó junto con una convocatoria expedida por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo el 3 de noviembre de 1928. Ese documento comunicó que con “el objetivo de conocer directamente cuál es el criterio de los dos factores importantes de la producción (capital y trabajo)” se realizaría una Convención Mixta, en la que podrían participar varios representantes de los empresarios y los trabajadores del país.¹⁶¹ El propósito de la convención fue conseguir adeptos al proyecto, por eso la convocatoria dejó en claro que se daría preferencia a las personas que pertenecieran a alguna organización de trabajadores y a los empresarios de las cámaras industriales y de comercio de México.

Portes Gil y Piug Casauranc acordaron realizar la Convención Mixta en el Anfiteatro de la Escuela Nacional Preparatoria de la Ciudad de México, del día 15 de noviembre al 8 de diciembre de 1928.¹⁶² A pesar de la premura en la fecha de apertura, la prensa, trabajadores y empresarios respondieron favorablemente al evento. Una editorial del diario *Excélsior* celebró que el secretario de gobernación tomara en cuenta “las opiniones de todos los interesados” ya que ese “procedimiento es democrático y se usa en los países más progresistas”. El escrito señaló que la discusión pública dotaría a las propuestas “del más sereno juicio” y “dejaría en el pasado las desatenciones a las que se había sometido a la mano de obra”.¹⁶³

El optimismo por la convención se reflejó en el número elevado de asistentes. La lista de delegados acreditados registró la cifra de 99 organizaciones de trabajadores, entre las que destacaban la Confederación Regional de Obreros de México (CROM), la Federación de Sindicatos Obreros del Distrito Federal, la Federación Minera de Jalisco, la Confederación Nacional de Electricistas y la Confederación de Sociedades Ferrocarrileras.¹⁶⁴ Los documentos oficiales señalaron la participación de 85 grupos patronales entre los que

¹⁶¹ “Convocatoria”, 3 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1671, expediente 2, hojas 1-2.

¹⁶² SUAREZ-POTTS, *The Making of Law*, p. 231.

¹⁶³ “Una convención trascendental”, *Excélsior*, 14 de noviembre de 1928, p. 5.

¹⁶⁴ “Delegaciones obreras que asistieron a la convención”, 15 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1672, expediente 36, hojas 3-10.

destacaban la Cámara Nacional de Comercio, la Confederación de Cámaras Industriales, la Cámara Nacional de Minería, la Cámara de Industria y Comercio de Nuevo León, la Agrupación Patronal del Distrito Federal y la Cámara de Industriales de Orizaba.¹⁶⁵ La nutrida cantidad de organizaciones de trabajadores y empresarios presentes en la convención manifestó el interés de ambos grupos por colaborar en la elaboración del armazón legal que debía regular las relaciones laborales en el país.

El 15 de noviembre de 1928, en la Escuela Nacional Preparatoria, comenzó la discusión del proyecto del código del trabajo. La legislación contenía 574 artículos más 8 transitorios, en los que se trató de reunir las conquistas de los trabajadores (el derecho a la huelga, a la organización sindical y a los días de descanso) y conciliarlas con las demandas del grupo empresarial (estipulación clara de las jornadas de trabajo y el reconocimiento gubernamental de que los patrones eran un factor esencial en el desarrollo de la economía nacional).¹⁶⁶

Durante los dos últimos días de sesiones, el 7 y 8 de diciembre, la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo presentó una serie de puntos que la asamblea podía analizar para “idear en México un seguro obrero” que garantizará el apoyo material y médico a los trabajadores víctimas de algún acontecimiento extraordinario que los imposibilitara para llevar a cabo sus actividades productivas. La escritura del proyecto estuvo a cargo del doctor José Piug Casauranc con la asesoría de los oficiales del Departamento del Trabajo, Manuel Centurión y Adalberto Gómez Jáuregui.¹⁶⁷ Los autores admitieron que fueron testigos de la inconformidad que las tareas de inspección de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo y el Departamento de Salubridad causaban entre los trabajadores y patrones, por eso

¹⁶⁵ “Delegaciones patronales”, 15 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1672, expediente 42, hojas 1-5.

¹⁶⁶ El análisis pormenorizado de las discusiones que suscitó el proyecto del código de trabajo de Portes Gil rebasa el objetivo de esta investigación. El estudio de William Suarez-Potts ofrece una visión general sobre los temas debatidos en la convención, como el derecho a huelga y el esclarecimiento de las obligaciones y derechos de los patrones. SUAREZ-POTTS, *The Making of Law*, pp. 227-233. También se puede consultar la crónica de la “convención mixta” redactada por Emilio Portes Gil. En ese escrito se percibe el entusiasmo que despertó el evento entre la clase política, los grupos empresariales y las organizaciones de trabajadores. PORTES GIL, *Quince años de política*, pp. 139-146.

¹⁶⁷ José Piug Casauranc (1888-1939) se recibió de médico en la Escuela Nacional de Medicina en 1911. Fue secretario de educación pública entre 1924 y 1927 y secretario de industria, comercio y trabajo en el año de 1928. Durante el gobierno de Emilio Portes Gil (1929-1930), se desempeñó como Jefe del Departamento del Distrito Federal.

solicitaron a los miembros de la convención que consideraran la propuesta como un punto importante del código de trabajo. Los voceros estatales invitaron a que “los miembros de la asamblea con toda libertad se sirvan a exponer sus ideas y presenten las gestiones que estimen pertinentes” para reforzar los planteamientos que pudieran organizar una futura institución encargada del resguardo de los obreros mexicanos.¹⁶⁸

El plan asentó que debido a las críticas expuestas durante los gobiernos revolucionarios, y a las dificultades para guardar la salud de los obreros mexicanos, se propuso a la convención estudiar la formación de un plan de seguro que sirviera como un instrumento para la conservación de “las fuerzas activas de la nación”. Los miembros de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo intentaron demostrar que sus intenciones estaban apegadas a los deseos políticos del régimen revolucionario de mantener “el equilibrio del potencial humano y velar por la preservación de sus reservas vitales”.¹⁶⁹ Entre los temas presentados a las delegaciones se pueden destacar tres: la necesidad de crear una institución dirigida por el Estado que estuviera al mando del seguro, la contribución económica compartida por los obreros y los empresarios para el financiamiento del proyecto y la unificación de los servicios médico/materiales para los trabajadores en un solo sistema de protección integral.¹⁷⁰

Los autores de la propuesta sugirieron que la forma adecuada de iniciar un régimen de protección era con la creación de una institución nacional de seguros, al mando de las autoridades gubernamentales, que administrará todos los métodos de apoyo a los trabajadores durante alguna “fatalidad” ajena a su voluntad.¹⁷¹ El planteamiento tomó como una de sus inspiraciones las recomendaciones de la OIT; en específico la “recomendación sobre el seguro de enfermedad” de mayo del año de 1927.¹⁷² Ese acuerdo, que era conocido en

¹⁶⁸ “Sesión del día 8 de diciembre de 1928”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1678, expediente 2, fojas 1-4

¹⁶⁹ SPALDING, *Social Security*, pp. 95-97.

¹⁷⁰ HERNÁNDEZ, “La participación de los obreros”, p. 65.

¹⁷¹ *Código Federal*, p. 56.

¹⁷² Como se mencionó en el primer capítulo, la OIT es una institución con representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores, creada por una Comisión del Trabajo establecida por la Conferencia de Paz, reunida en París en enero de 1919 para poner fin a la Primera Guerra Mundial. La fundación de la OIT se apoyó en la consideración de que la interdependencia económica de los países alrededor mundo hacía necesaria la cooperación y el análisis internacional para solucionar los problemas del trabajo entre “las naciones que competían por mercados internacionales”. VAN DAELE, “Engineering Social Peace”, pp. 448-453.

Latinoamérica por la participación de Chile y Argentina en el organismo, estipuló que la administración del seguro de accidentes y enfermedad podía ser asumida por el Estado cuando las condiciones nacionales (falta de interés social y el fracaso de otros proyectos similares) impidieran la creación de instituciones con participación de diversos miembros de la sociedad.¹⁷³ El secretario Puig Casauranc interpretó que los problemas para garantizar el “socorro” a los trabajadores, en los años posteriores a la fase armada de la revolución, probaban que el Estado era la entidad que debía monopolizar la gestión del seguro y estipular los plazos en los que podía constituirse en una institución con participación de la clase trabajadora y los patrones.

Al utilizar las recomendaciones de los organismos internacionales las autoridades intentaron defender su imagen como las rectoras de los programas sociales y de salud. Si bien la justificación idealista del proyecto era liberar a los trabajadores de las calamidades que los sumergían durante largos períodos en la inactividad e incluso en la miseria, esa liberación debía ser conducida por una institución que desde sus bases fundamentales permitiera el mayor control posible de las clases dirigentes del país. El plan tuvo el objetivo de vigilar y cuidar la salud de los hombres y mujeres de la industria del país atándolos a un proyecto emancipador guiado por el Estado mexicano.

El segundo tema trató sobre el régimen de contribución del seguro obrero. El escrito presentado a la convención mencionó que para proteger al proletariado “y disminuir las consecuencias de los riesgos de que fueran víctimas” era necesario poner en práctica un régimen obligatorio, en el que participaran la clase trabajadora y los empresarios. Ese método se basó en la idea de que al imponer a los beneficiarios potenciales del seguro la carga de su financiamiento los induciría a percibir la atención, médica o material, como un derecho adquirido y no como una caridad por parte del Estado o del sector privado. Asimismo, por medio de los aportes económicos los actores involucrados podrían exigir su futura participación en la administración de los programas de asistencia. Puig Casauranc manifestó que la fundación del instituto nacional de seguros requeriría de la contribución mensual de los trabajadores con un 5% de sus salarios y los patrones podrían aportar una cantidad igual

¹⁷³ “Recomendación 29”, *Cuaderno de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, Abril 1954, pp. 15-19.

al 7% del salario de sus empleados. El Estado participaría con la suma de recursos económicos necesarios para contratar una base de empleados y adquirir un edificio para crear la matriz del instituto de seguros en la capital del país.

Un punto relevante es que los autores del proyecto sólo consideraron incluir a la población que “viviera de los salarios obtenidos de un empleador”.¹⁷⁴ Al tomarse como base de contribución el sueldo, se excluyó a diversos grupos de la población, entre ellos los trabajadores a destajo, los empleados domésticos, los agricultores, los aprendices de oficios y todos los trabajadores de lo que más adelante se llamaría el sector informal de la economía. Ese hecho revela hasta qué punto el seguro estaba estrechamente asociado con una particular idea de lo que constituía ser un obrero. De acuerdo a las explicaciones presentadas a la convención, en un principio sólo se abarcaría a las personas que trabajaran en fábricas, talleres y minas por cuenta de un patrono y que recibieran un sueldo fijo que permitiera, por medio de un descuento obligatorio, el financiamiento del programa.

El mismo Portes Gil manifestó, en la inauguración de la convención, que las propuestas sobre el seguro requerían sólo de “la colaboración de los actores de la producción industrial”.¹⁷⁵ Aquella recomendación revelaba que ese proyecto de salud estaba vinculado, en gran medida, con una forma específica de trabajo, en este caso el industrial, que con la realidad de la mayoría de la mano de obra mexicana.¹⁷⁶ Esa característica demostró que era desde el “mundo industrial” donde se percibían y pensaban gran parte de los problemas de la clase trabajadora. El historiador Paulo Drinot ha argumentado que la preocupación por la salud de los trabajadores industriales fue un fenómeno regional que respondió, entre otros motivos, al ideal de que el “progreso” de los países latinoamericanos dependía de la moralización y del buen estado físico de los obreros. Como se señaló en el capítulo 2, médicos, instituciones y presidentes mexicanos expresaron que la creación de un programa

¹⁷⁴ *Código Federal*, p. 56.

¹⁷⁵ “Sesión inaugural”, 15 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 6.

¹⁷⁶ En la década de 1920 el 70% de los 15,000,000 de habitantes de México se dedicaban a labores agrícolas en pueblos con menos de 2,500 habitantes. AGOSTONI, “Médicos rurales”, p. 751.

de atención en los espacios laborales permitiría incrementar los niveles de la producción industrial en el país.¹⁷⁷

Al final, los miembros de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo declararon que uno de sus objetivos era poner a discusión la fundación de un sistema de protección integral que disminuyera las contrariedades que los trabajadores enfrentaban a lo largo de su vida. Médico de formación, Puig Casauranc resaltó que con la finalidad de proteger la estabilidad biológica del individuo, amenazada por los peligros del trabajo, era necesario considerar al seguro obrero un organismo en el que se pudieran controlar los principales programas de asistencia. Se planteó que la gestión del proyecto tomara el control sobre ciertas responsabilidades de los patrones y se hiciera cargo de crear enfermerías en los centros laborales y colocar médicos, con experiencia atendiendo incidentes laborales, en hospitales y otras instalaciones de salud del país. La intención fue que por medio de un sistema de estudio racionalizado se establecieran los periodos adecuados de auxilio y se redujeran las omisiones de los años anteriores.¹⁷⁸

Aunque fue considerado un compendio inicial de propuestas, el plan intentó dirigir el análisis de la convención hacia el “papel” relevante que el Estado debía adquirir en la elección de los proyectos de protección de los trabajadores. Por ese motivo, los miembros de la asamblea no tardaron en expresar que dentro de las organizaciones obreras y patronales se compartieron ideas que difirieron de las propuestas oficiales y que tuvieron como finalidad modificar el proyecto de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo.

Las opiniones de la “Convención mixta”

Las cuestiones presentadas por el secretario de industria, comercio y trabajo llamaron la atención de los dos grupos: el obrero y el patronal. El delegado obrero Reynaldo Cervantes Torres, afiliado a la Federación de Sindicatos Obreros de Oaxaca, sugirió a los asistentes que con “toda franqueza y con toda sinceridad se discutieran las propuestas sobre el seguro” durante los dos últimos días de sesiones. En consideración de Cervantes Torres, la convención se podía convertir en el espacio donde se empezaran a solucionar, aunque fuese

¹⁷⁷ Entre 1920 y 1940 países como Chile (1924), Perú (1935) y Argentina (1936), con las mismas motivaciones, modificaron sus legislaciones sobre accidentes del trabajo para crear programas de auxilio médico financiados por los empresarios y los obreros. DRINOT, *La seducción de la clase obrera*, pp. 266-271.

¹⁷⁸ *Código Federal*, p. 57.

teóricamente, las principales contrariedades de los trabajadores. Además, se apuntó que los grupos contaban con suficiente experiencia para aportar elementos que perfeccionaran los planteamientos presentados por los voceros estatales y defendieran su importante posición en la elaboración de las medidas de higiene y seguridad laboral.¹⁷⁹

Para organizar la discusión de los días 7 y 8 de diciembre, las autoridades ordenaron que los delegados elegirían a un máximo de tres representantes por grupo. Las personas designadas expusieron sus opiniones en un plazo máximo de 20 minutos, las que no pudieron hacer uso de la palabra tuvieron la opción de enviar sus comentarios por escrito al Departamento del Trabajo.¹⁸⁰ Por el grupo patronal participaron Mario Domínguez de la Cámara Comercial e Industrial de los Tuxtlas (Veracruz) y Maximiliano Camiro, miembro de la Cámara Nacional de Comercio. Los voceros de los trabajadores fueron el pintor David Alfaro Siqueiros, delegado de la Federación Minera de Jalisco; y Víctor Velázquez el representante de la Confederación de Sociedades Ferrocarrileras.¹⁸¹ Para sorpresa de los organizadores, los discursos pronunciados no respaldaron los puntos principales del proyecto y centraron su reflexión en la falta de ideas que rompieran con los paradigmas clásicos de la protección del trabajador en México, como sería la participación directa de los trabajadores y empresarios en la gestión del seguro y la ampliación de los servicios más allá del auxilio en momentos de crisis que, como vimos en el capítulo anterior, tuvo serias dificultades de implementación durante los años previos.

El grupo patronal fue el primero en tomar la palabra. Ese sector de la convención concentró su análisis en las cuestiones administrativas; de manera específica debatió la participación central de las autoridades gubernamentales. Mario Domínguez señaló que la propuesta de crear una institución administrada por el Estado estaría en contra de la

¹⁷⁹ “Sesión inaugural”, 15 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hojas 14-15.

¹⁸⁰ *Reglamento interior*, pp. 4-5.

¹⁸¹ Los vínculos de David Alfaro Siqueiros con los sindicatos mineros de Jalisco se remontan cuando el gobernador del estado, José Guadalupe Zuno (1923-1926), lo invitó a participar en la Convención de Sindicatos Mineros en octubre de 1926. Como resultado de ese evento los trabajadores de seis compañías mineras de la entidad (“La Mazata”, “Las Jiménez”, “Piedra Bola”, “Cinco Minas”, “El Amparo” y “Marquetas”) formaron la Federación Minera de Jalisco. En su declaración de motivos esa organización se postuló “en contra del sectarismo y a favor de la unidad sindical para señalar y luchar contra las violaciones en materia laboral de las empresas mineras del Estado”. En la misma convención se nombró al pintor David Alfaro Siqueiros vocero de la Federación Minera. TAMAYO, “Siqueiros, los orígenes del movimiento rojo”, pp. 1-20.

Constitución de 1917, porque el artículo 123 mencionaba que los patrones y los trabajadores tenían plena libertad para desarrollar las estrategias que consideraran convenientes en materia de previsión social, ya fuera por medio de la creación de enfermerías o contratación de personal médico.¹⁸² El representante patronal defendió que sólo los actores involucrados directamente en las relaciones laborales podían dictar las pautas de funcionamiento del seguro. Ese comentario se apoyó en el postulado de que los trabajadores y los empresarios conocían los inconvenientes del mundo industrial y por eso tenían el conocimiento práctico para dirigir los programas que abordaran los problemas más apremiantes. Domínguez consideraba que al involucrar a los servidores públicos en la administración se condenaba al proyecto a “estar íntimamente ligado a la suerte del Estado, y así como éste en ocasiones no ha podido cubrir ni los salarios de los gendarmes, ni los sueldos de los maestros ni las decenas de los empleados, así también en muchos casos, no podría cubrir las necesidades de los obreros”.¹⁸³

En la opinión del grupo patronal, las deficiencias que la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo mostró al realizar tareas de inspección en fábricas y talleres incitaban a replantearse las funciones del gobierno dentro de un sistema de seguros. Con ese argumento se sostuvo que sólo a la mano de obra y a los empresarios, con sus intereses en común, les incumbía la elaboración de los sistemas de asistencia en los espacios industriales de México.¹⁸⁴ Hay que reconocer que esos comentarios no sólo estaban inspirados en sentimientos de solidaridad, también revelaron el antiguo temor patronal de que las actividades del Estado pusieran en duda su autoridad en la administración de las fábricas.¹⁸⁵

El empresario también remarcó que al proyecto le faltaron muchos preceptos que al ser omitidos “podían afectar seriamente la vida de muchas familias de trabajadores o también

¹⁸² Mario Domínguez fue un actuario y empresario mexicano. Fue fundador del Banco de Comercio (posteriormente Bancomer), junto a Raul Bailleres, Salvador ligarte y Ernesto Amezcua, en 1932.

¹⁸³ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1100.

¹⁸⁴ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hojas 1100-1101.

¹⁸⁵ La defensa de los patrones a su autoridad simbólica dentro de las relaciones laborales no fue un tema menor en la discusión internacional de los esquemas del seguro obrero. Daniel Rodgers también ha señalado que en los Estados Unidos de América los empresarios exigieron que el proyecto de seguridad social de 1935, impulsado por el Presidente Franklin Roosevelt, respetara los pactos laborales que persistían en sus respectivas industrias. RODGERS, *Atlantic Crossings*, p. 436.

muchos miles de pesos para las industrias”. En concreto solicitó que el plan fuera pospuesto hasta que se ofreciera unas definiciones claras sobre los accidentes y enfermedades laborales “porque es natural que habrá nuevas industrias, particularmente nuevos trabajos que impliquen nuevas enfermedades y peligros” por lo que era necesario apuntar de forma correcta el alcance de las obligaciones de los patrones.¹⁸⁶ El ponente señaló de esa forma la intención de los empresarios de que se establecieran auxilios concretos, por medio de una categorización específica de los riesgos profesionales, para evitar huelgas o conflictos legales que, como observamos en el capítulo anterior, fueron constantes durante las primeras décadas del siglo XX.

Con todo, Mario Domínguez estaba de acuerdo que las autoridades gubernamentales no podían renunciar a su obligación de “hacerse responsables por la salud de la población”. El 8 de diciembre de 1928, último día de la convención, el representante de las Cámaras Industriales y de Comercio de los Tuxtlas manifestó que era deber del Estado participar en la contribución económica para proveer un mejor sistema que ayudara “a formar una sociedad sana y laboriosa”. La contribución no debía basarse sólo en la adquisición de edificios y la contratación de recursos humanos para fundar una institución central en la capital del país; tenía que sujetarse a un aporte parecido al propuesto para los empresarios ya que “el Estado como representante de la sociedad, está obligado a cuidar la conservación de ésta y por lo tanto de los trabajadores”.¹⁸⁷ Si las autoridades no asumían ese compromiso se corría el riesgo de que se “arrojara sobre la sociedad la obligación de remediar diversos males sociales” por medio de la caridad; un método considerado insuficiente para abordar los problemas de la clase trabajadora. Para el empresario era inconcebible que, entre el conjunto de puntos sobre el seguro, no se insistiera en el aporte económico del Estado. La solución de las causas que ocasionaban “la reducción de la energía humana no sólo eran medidas en beneficio del patrón o el obrero”, eran estrategias que contribuían a legitimar el discurso industrializador del gobierno posrevolucionario.¹⁸⁸

¹⁸⁶ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hojas 1090-1091.

¹⁸⁷ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1159.

¹⁸⁸ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1160.

El pintor David Alfaro Siqueiros fue el siguiente en tomar la palabra. El representante de la Federación Minera de Jalisco comenzó diciendo que el aumento de los accidentes de trabajo convirtió el debate sobre la salvaguarda del trabajador en un tema trascendental que ayudaba a poner en contexto las carencias de la mano de obra mexicana. Compartiendo la opinión de que el seguro debía concentrarse en proteger la estabilidad biológica de los individuos, Alfaro Siqueiros manifestó que las propuestas presentadas a la convención flaqueaban en un aspecto fundamental: garantizar el auxilio médico eficiente en los espacios de la producción. El delegado pensaba que la creación de enfermerías y la contratación de profesionales de la medicina con alguna experiencia en temas del trabajo no bastaban para atender los incidentes más graves, como algún accidente masivo (explosiones e incendios). Debido a la imprevisibilidad de las “fatalidades” en los espacios laborales, la Federación Minera de Jalisco creyó necesario, antes de fundar cualquier institución del seguro, que se estudiara la posibilidad de construir un sistema de “hospitales en toda forma adyacentes a las zonas de trabajo”.¹⁸⁹ Además, propuso que el personal de esos nosocomios fuera elegido por los trabajadores, con el apoyo del Departamento de Salubridad Pública, para que se cercioraran que los materiales y los servicios se apegaran a sus necesidades reales. Como se puede inferir, la experiencia colectiva de los obreros, con las “calamidades” que experimentaban en los centros de trabajo, hizo que percibieran el tema de la salud como un problema social que demandó la planificación de proyectos que resolvieran sus temores e inconvenientes inmediatos, como la asistencia eficiente durante algún accidente.¹⁹⁰

Al final, Siqueiros dijo que compartía, con el empresario Domínguez, la preocupación por una mejor explicación de los riesgos a los que estaban expuestas las personas que se dedicaban a alguna actividad laboral. Se planteó que con un mejor estudio encabezado por estadistas y las instituciones gubernamentales se concluiría que muchos “peligros son sociales”, ya que eran ocasionados por una mala alimentación, falta de reposo y de educación. Para el vocero de la federación minera la tipificación correcta de los incidentes les daría la oportunidad a los obreros de recibir, de parte de las empresas, “la verdadera atención que

¹⁸⁹ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1108.

¹⁹⁰ SURIANO, “La cuestión social”, pp.130-135.

necesitan” y que podía ser médica, educativa y hasta recreativa.¹⁹¹ Esos argumentos apoyaron un tratamiento amplio de los problemas de salud, al considerarlos resultados de la indiferencia social, económica y sanitaria que las clases laborantes experimentaban.

Maximiliano Camiro, representante de la Cámara Nacional de Comercio, y Mario Domínguez contestaron la exposición de David Alfaro Siqueiros alegando que sus peticiones eran excesivas.¹⁹² Esos delegados arguyeron que la construcción de hospitales con el patrocinio del seguro “gravaría enormemente a los industriales y a los trabajadores mexicanos” que serían los encargados de aportar una cantidad importante de los recursos para la creación del proyecto.¹⁹³ Maximiliano Camiro propuso evitar promesas innecesarias y promover un programa de auxilios médicos basado en la construcción de enfermerías que pudiera vincularse con hospitales y casas de salud bajo la dirección del Estado para complementar cualquier tipo de atención.

Siguiendo los comentarios del señor Camiro, Mario Domínguez externó que si el proyecto presentado a la convención era integral no podía concentrarse sólo en los métodos de atención durante algún momento excepcional de crisis, debía incluir también un comité de medidas preventivas en el cual estén representados trabajadores y patronos, con los asesores técnicos que sean necesarios. Los delegados patronales concluyeron que era un error considerar al seguro sólo como una manera de otorgar a los trabajadores asistencia en la forma de atención hospitalaria.¹⁹⁴ Uno de sus objetivos más importantes era inculcar comportamientos que transformaran la forma en la que los empleados y los empleadores coordinaban sus actividades cotidianas. Además, durante ese proceso disminuirían el número de percances fatales a los que hacía referencia la Federación Minera de Jalisco.

Con esas intervenciones los asistentes declararon que los voceros del gobierno habían errado al presentar una propuesta que no incluyera la promoción de un “habitus de

¹⁹¹ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hojas 1107-1108.

¹⁹² Maximiliano Camiro fue un abogado mexicano especialista en derecho laboral y representante legal de la Cámara Nacional de Comercio. Fue colaborador de la Revista General de Derecho y Jurisprudencia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

¹⁹³ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1113.

¹⁹⁴ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1163.

autodiciplina” que alentara la conservación de la salud de los trabajadores por medio de medidas de seguridad industrial.¹⁹⁵ Para finalizar, el grupo patronal recordó que los preceptos de la higiene demostraban que era mucho más eficiente actuar anticipadamente sobre los ambientes de trabajado que atender un número elevado de percances que pudieron haberse evitado.

El último en tomar la palabra fue el representante de la Confederación de Sociedades Ferrocarrileras, Víctor Velázquez.¹⁹⁶ Sus palabras hicieron una síntesis de las opiniones de todos los participantes y señaló algunas omisiones de los miembros de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo. El discurso comenzó exponiendo, de la misma manera que los delegados patronales, un ataque al protagonismo de las autoridades gubernamentales dentro del seguro obrero. Para Velázquez esa propuesta iba en contra de la doctrina de cooperación que alentaba un programa que tenía como finalidad mejorar visiblemente la salud de los individuos.¹⁹⁷ El delegado infirió que ese descuido era debido a que los voceros del Estado no habían estudiado los problemas nacionales y los casos internacionales para establecer con detenimiento las bases centrales de su proyecto.

El ferrocarrilero manifestó que algunos ejemplos del extranjero apoyaban las críticas esbozadas en la asamblea; por eso citó que la ley sobre el seguro de enfermedad alemana de 1883 y la ley del seguro nacional inglés de 1911 apuntaron como la base de la protección social la solidaridad entre las empresas y los trabajadores. Una relación que no sólo se basaba en la contribución económica de esos dos sectores de la sociedad, también los vinculaba inexorablemente en la conformación de las instituciones de asistencia por “la repulsión generalizada a los accidentes y enfermedades entre la clase trabajadora”.¹⁹⁸ Ese mensaje demuestra que las organizaciones sindicales conocieron el desarrollo y la teoría de la administración de los seguros en otras regiones del mundo y las utilizaron como elementos

¹⁹⁵ STEINMETZ, *Regulating the social*, p. 211.

¹⁹⁶ La Confederación de Sociedades Ferrocarrileras surge como el resultado del Congreso Ferrocarrilero de la República Mexicana del año 1921. Esa confederación agrupó a maquinistas, fogoneros y telegrafistas de los Ferrocarriles Nacionales que se mantuvieron independientes a la CROM.

¹⁹⁷ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1182.

¹⁹⁸ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hojas 1121 y 1196.

de análisis en las sesiones de la convención.¹⁹⁹ Se intentó resaltar que los procesos de creación de sistemas de asistencia eran fenómenos internacionales que si bien no se manifestaban del mismo modo en todos lados, si compartían algunas características. Aunque no se solicitó copiar fielmente los “modelos ajenos”, esos ejemplos sirvieron para reforzar la opinión de que la participación de actores externos al Estado pondría al plan de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo en consonancia con otros países del mundo y dotaría al seguro con el respaldo de las clases sociales involucradas.²⁰⁰

Con respecto a los servicios médicos, Víctor Velázquez señaló que planearlos “sobre bases efímeras no traería más que consecuencias desmoralizadoras” al demostrar su incapacidad para atender los problemas de los trabajadores. De mayor importancia era convencer a la convención que “con el seguro obrero se reducen las dificultades sociales pero no se resuelven de inmediato”, por eso se tenía que idear un programa médico que atendiera preocupaciones inmediatas y pudiera expandirse de manera pausada para no afectar los intereses del capital y del trabajo.²⁰¹ El delegado ferrocarrilero admitió que desconocía los procedimientos adecuados pero ejemplificó que en Alemania la creación paulatina, entre 1883 y 1889, de los seguros de enfermedad y accidentes había demostrado cierto éxito al mantener “la tranquilidad económica de las empresas y los trabajadores” y evitar el desconcierto en la ejecución de los servicios de asistencia médica y material.²⁰² De esa manera, se expuso que a diferencia de la beneficencia pública y privada que se concentraba en generar recursos para la atención en salud de una parte de la población que vivía en la

¹⁹⁹ Karina Ramacciotti señaló, para el caso argentino, que el análisis de las legislaciones alemanas de 1884, sobre la protección al trabajador permitió a las organizaciones obreras obtener una base de información para debatir los proyectos sobre los seguros contra accidentes y enfermedades en las primeras dos décadas del siglo XX. El caso mexicano y argentino parecen indicar que existió una circulación internacional de saberes sobre el tema que permitió a diversos personajes discutir los programas sociales y de salud con cierto bagaje teórico previo. RAMACCIOTTI, “Influencias internacionales”, pp. 22-24.

²⁰⁰ Se tiene que apuntar que las opiniones de Velázquez no señalaron los matices de los sistemas de protección. En Alemania, el Seguro de Enfermedad sólo aceptó la colaboración de los trabajadores y los patrones en la creación de medidas de prevención de incidentes laborales y para recomendar servicios de asistencia en industrias estratégicas. La administración del seguro estuvo a cargo de una burocracia de profesionales al mando del Estado. SÁNCHEZ, *La seguridad y la protección social*, pp. 6-9.

²⁰¹ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1196.

²⁰² En Alemania la cobertura del seguro social para los trabajadores se expandió por medio de tres legislaciones: la Ley del Seguro de Enfermedad de 1883, la Ley del Seguro de Accidentes de Obreros Industriales de 1884 y la Ley del Seguro de Invalidez de 1889.

miseria, el seguro obrero se tenía que apoyar en conocimientos científicos y estadísticos que identificaran gradualmente las contrariedades más serias de los trabajadores.

Para finalizar, Velázquez expuso que fue un error de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo presentar una propuesta sólo en términos teóricos. Era preciso crear una comisión técnica formada por especialistas que se encargara de estudiar cada uno de los puntos expuestos en la convención.²⁰³ La delegación obrera lamentó que en la formación del proyecto sólo hubiera participado un profesional de la medicina, el doctor Puig Casauranc, ya que, a su consideración, la asamblea careció de una exposición detallada sobre los principales enfoques en el funcionamiento de los seguros médicos a escala internacional.

Con las palabras del ferrocarrilero concluyeron las sesiones de la Convención Mixta dedicadas a la discusión del seguro obrero. Como se pudo analizar, se expresaron varias posturas. Primero, existió un consenso entre los dos grupos de la asamblea para restarle un protagonismo excesivo al Estado en la formación de los planes de promoción de la salud de los trabajadores. Los discursos intentaron asegurar a la clase trabajadora y a los empresarios una posición relevante en la toma de decisiones que podían influir en la transformación de las relaciones laborales. En segundo lugar, se exteriorizó la necesidad de replantearse las medidas de auxilio más allá de los momentos de crisis. La intención era proponer un sistema que no sólo curara a los individuos por medio de enfermerías u hospitales, también que transformara los hábitos del trabajo con ayuda de la educación en materia de seguridad e higiene laboral. Por último, algunos delegados consideraron que el plan del secretario de industria, comercio y trabajo no contenía los lineamientos apropiados para considerarlo el eje principal de la asistencia para la mano de obra. La convención exigió la conformación de comisiones en las que trabajadores, patrones y técnicos del Estado pudieran investigar a detalle diversas formas de administración de los servicios del seguro, para evitar cualquier tipo de desconcierto, y elegir la magnitud de servicios materiales adecuados para ofrecer resultados a corto plazo.

Para dejar registro del evento, los delegados de la asamblea escribieron un memorándum sobre seguros publicado el 23 de enero de 1929. El documento recomendó

²⁰³ “Versión taquigráfica de los días 7 y 8 de diciembre”, 8 de diciembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1677, expediente 1, hoja 1200.

sintéticamente a las autoridades que “el seguro del trabajador debe implantarse, para que su repercusión en la economía nacional sea soportable, procurando que en primer lugar se cubran los riesgos más frecuentes y urgentes”. Se exigió que en el futuro cualquier otro proyecto recogiera las opiniones de los profesionales de la medicina y “de los especialistas en los principios teóricos y prácticos que han demostrado su eficacia en otras regiones del mundo”.²⁰⁴

A pesar de que la crítica obligó a José Piug Casauranc a retirar los puntos sobre el seguro obrero del proyecto del Código Federal del Trabajo; el Poder Ejecutivo, encabezado por Emilio Portes Gil, y el Congreso de la Unión promovieron una reforma de la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución de 1917 que retomó recomendaciones de la Convención Mixta. Esa fracción del artículo originalmente decía que “se considera de utilidad social” el establecimiento de cajas de seguros de invalidez, accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual tanto el gobierno federal como el de cada estado “deberían fomentar la organización de instituciones de esta índole”, para inculcar la previsión social.²⁰⁵

El Presidente reconoció que como mostraron los argumentos expresados por patrones y obreros en la convención, los preceptos del artículo 123 en torno al resguardo de la salud eran insuficientes para que surgiera en México un programa de seguro eficaz y con respaldo social.²⁰⁶ De esa manera, solicitó que por “la necesidad apremiante de beneficiar a las clases laborantes” se reconociera, en el artículo dedicado al trabajo, como un asunto de “interés nacional” el estudio de métodos de protección que explicaran la viabilidad de proteger a la mano de obra contra las enfermedades y los accidentes. La reforma se aprobó por unanimidad el 20 de agosto de 1929. El 6 de septiembre de ese mismo año el Diario Oficial de la Federación informó que la fracción XXIX del artículo 123 establecía a partir de ese momento como una cuestión de “utilidad pública” la elaboración de las bases legales y técnicas que podían motivar la creación del seguro en el país. Además, se reservaba al Congreso la facultad de legislar sobre esa materia y de solicitar el apoyo técnico de especialistas y personajes interesados en la cuestión.²⁰⁷

²⁰⁴ *El seguro social: consideraciones sobre su posibilidad*, pp. 15-20.

²⁰⁵ HERNÁNDEZ, “La participación de los obreros”, pp. 70-71.

²⁰⁶ HERNÁNDEZ, “La participación de los obreros”, p. 71.

²⁰⁷ GARCÍA, “La seguridad social”, p. 514.

La reforma constitucional reveló que los representantes obreros y patronales consiguieron colocar varias de sus ideas en la discusión pública. Su satisfacción se manifestó cuando algunos ex delegados de la convención fueron invitados, entre el 26 de septiembre y el 3 de octubre de 1929, al Congreso de la Unión para externar sus opiniones sobre la modificación del artículo 123. Romero Salvador, mecánico de la Confederación de Sociedades Ferrocarrileras, y Antonio Arceo, representante de la Compañía de Tranvías Eléctricos de México, agradecieron al secretario de industria, comercio y trabajo, y al Presidente de la República, por tomar en cuenta las propuestas de los asambleístas y postergar el plan sobre el seguro hasta que se organizara sobre bases coherentes y consensuadas por los miembros de la producción nacional. Aunque la modificación de la legislación no aseguró la creación de una mejor propuesta a corto plazo, Salvador y Arceo estaban de acuerdo en que el compromiso de las autoridades de “analizar con el mayor rigor posible el tema” motivaría la participación de muchas más organizaciones que las casi 190 reunidas en la Escuela Nacional Preparatoria entre noviembre y diciembre de 1928.²⁰⁸

Medicina contra la tragedia laboral

Empresarios y trabajadores no fueron los únicos actores que participaron en la discusión sobre los métodos de protección de la salud de la mano de obra mexicana. Varios miembros de la comunidad médica examinaron y expusieron las problemáticas del “mundo del trabajo” en conferencias y congresos nacionales entre los años 1931 y 1937.²⁰⁹ Las dificultades de las autoridades para consolidar servicios permanentes de atención en todo el país y el número considerable de incidentes entre los trabajadores, registrados en estadísticas, motivaron la discusión de alternativas de acción sanitaria y médica distintas a las aplicadas hasta ese momento.

²⁰⁸ “Versión taquigráfica de las sesiones en las cuales los representantes de diversos grupos obreros y patronales expusieron sus puntos de vista sobre el proyecto de código federal del trabajo”, 26 de septiembre de 1929, Biblioteca de México, Fondo Reservado, p. 14; y “Versión taquigráfica de las sesiones en las cuales los representantes de diversos grupos obreros y patronales expusieron sus puntos de vista sobre el proyecto de código federal del trabajo”, 3 de octubre de 1929, Archivo Histórico de la Biblioteca de México (AHBM), Fondo Reservado, pp. 5-11.

²⁰⁹ Anagricel Camacho considera el periodo comprendido entre 1931 y 1937 una etapa paradigmática en la historia de la medicina del trabajo en México. En esos años surgen leyes en materia de protección de la salud de los trabajadores como el Reglamento de Higiene Industrial de 1936 y se organiza el Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo en 1937. Esos acontecimientos produjeron un diálogo continuo entre la comunidad médica y las instituciones estatales. CAMACHO, “El trabajo mata”, p. 160.

Por ejemplo, la Ley Federal del Trabajo (LFT) promulgada en 1931, durante la breve presidencia de Pascual Ortiz Rubio (1930-1932), respetó los argumentos de la Convención Mixta y no introdujo los puntos del seguro obrero diseñados por José Piug Casauranc. Esa legislación, que se promulgó en plena crisis económica, intentó clarificar algunos temas que hasta finales de la década de 1920 resultaban confusos y fomentaban pugnas sociales a lo largo y ancho de la República.²¹⁰ La LFT determinó que eran de observancia obligatoria en establecimientos comerciales, industriales y mineros, la reducción de los riesgos profesionales tipificados como “accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores con motivo de sus labores o en ejercicio de ellas”. Así, la legislación ofreció definiciones que en opinión de patronos y obreros (Como Mario Domínguez y David Alfaro Siqueiros comentaron en la Convención Mixta) necesitaban ser elaboradas con mayor precisión. En lo que respecta a accidentes de trabajo, el artículo 285 los enunció como:

Toda lesión médico-quirúrgica o perturbación psíquica o funcional, permanente o transitoria, inmediata o posterior, o la muerte, producida por la acción repentina de una causa exterior que pueda ser medida, sobrevenida durante el trabajo, en ejercicio de éste o como consecuencia del mismo; y toda lesión interna determinada por un violento esfuerzo, producida en las mismas circunstancias.²¹¹

Por otra parte, y en relación con la enfermedad profesional, el artículo 286 la consignó en los siguientes términos:

Es todo estado patológico que sobreviene por una casusa repetida por largo tiempo como obligada consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el obrero o del medio en que se ve obligado a trabajar, y que provoca en el organismo una lesión o perturbación funcional permanente o transitoria, pudiendo ser originada esta enfermedad profesional por agentes físicos, químicos o biológicos.²¹²

La LFT también incorporó una lista de enfermedades profesionales, consistente en un largo catálogo de afecciones consideradas como resultantes del trabajo cotidiano, con lo que se reafirmó un vínculo entre ciertos padecimientos y determinadas rutinas, actividades, maquinarias y ambientes. Por tanto, la anquilostomiasis, una enfermedad parasitaria que

²¹⁰ El secretario de industria entre 1930 y 1931, Aarón Sáenz Garza, admitiría que las opiniones de la Convención Mixta de 1928 se habían tomado en cuenta para evitar elaborar otro proyecto de seguros para los trabajadores, paralelo a la ley del trabajo, sin antes formar juntas de estudio que presentaran estudios teóricos que motivaran un mejor recibimiento por parte de las organizaciones obreras y patronales. SALMERÓN, *Aarón Sáenz Garza*, pp. 191-193.

²¹¹ “Ley Federal del Trabajo”, *Diario oficial*, 28 de agosto de 1931, art. 285, p. 55.

²¹² “Ley Federal del Trabajo”, *Diario oficial*, 28 de agosto de 1931, art. 284, p. 55.

provoca anemia, se catalogó de orden profesional en el caso de mineros, ladrilleros o alfareros; la silicosis, se estableció que lo era en el caso de los obreros de fábricas de cemento, albañiles y afiladores; en lo que respecta a la tuberculosis, se le consideró de esa manera entre obreros, carniceros y mineros, mientras que la dermatitis se determinó que lo era entre herreros, fundidores y otros obreros que trabajaran con vidrio o que manipularan pinturas.²¹³

La LFT revalidó la teoría del riesgo profesional citada en el artículo 123 de la Constitución de 1917. Los patrones quedaron obligados a remediar las consecuencias de los incidentes cuando se demostraba que el trabajo era la causa de algún percance. Se especificó que los obreros tendrían que recibir una adecuada y eficaz atención médica, tratamiento o curación en caso de lesión, intoxicación y enfermedad en talleres e industrias. Por tanto, los espacios en los que laboraran entre 100 y 300 personas tendrían que contar con un puesto de socorro bajo la responsabilidad de un médico contratado por la empresa con la obligación de prestar sus servicios de manera permanente. Cuando la fábrica, taller o establecimiento productivo ocupara a más de 300 individuos, se determinó que un médico tendría que estar al frente de una enfermería o pequeño hospital, que correspondería a la empresa instalar. Por otra parte, cuando la industria se situara a menos de dos horas de distancia de algún hospital o sanatorio, los patrones requerirían establecer contratos con esas instituciones para que recibieran a los trabajadores con alguna enfermedad o después de algún accidente.²¹⁴

Finalmente, la ley ratificó que la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo en colaboración con el Servicio de Higiene Industrial del Departamento de Salubridad Pública serían las únicas instituciones en la República autorizadas para vigilar que los trabajadores accidentados obtuvieran una indemnización económica, que tomara como base su salario, durante el tiempo que durara su recuperación después de algún incidente.²¹⁵ La legislación incluyó una enumeración de 242 percances y determinó los porcentajes de las indemnizaciones. En caso de alguna incapacidad temporal, la compensación económica debió ser del 75% del salario, cuando el trabajador quedara impedido para trabajar de forma permanente, el patrón tendría que pagar el equivalente a tres años de sueldo. Por último, en caso de muerte las personas dependientes del accidentado tenían derecho a recibir una

²¹³ AGOSTONI, “Médicos al servicio de los trabajadores”, p. 296.

²¹⁴ AGOSTONI, “Médicos al servicio de los trabajadores”, p. 297.

²¹⁵ CARRILLO, “Salud pública y poder en México”, p. 166.

cantidad semejante a dos años de salario y la suma necesaria para los gastos del entierro.²¹⁶ El ejercicio de precisión, al señalar la responsabilidad de los empresarios y los montos de las indemnizaciones, pretendió otorgar a los trabajadores la garantía de que recibirían la compensación más justa posible por los daños físicos sufridos.²¹⁷

No obstante, en la práctica los resultados no fueron tan alentadores. En el año de 1938 la tesis de medicina de Augusto Landa describió que en Naucalpan, Estado de México, a escasos 10 kilómetros de la capital, fábricas con más de 60 empleados, como “Calzado Kiko” y “Botón Nacional S.A.”, contaban con servicios médicos deficientes. El estudiante, que había realizado su investigación académica en el Estado de México en 1936, expuso que sus conclusiones se basaron en su observación de que los galenos contratados por aquellas empresas sólo asistían una vez por semana, “de suerte que para un caso accidental la atención no sería oportuna e innecesaria en la mayor parte de los casos”. El evidente poco compromiso de los patrones con las disposiciones gubernamentales, motivó a Augusto Landa a plantear otras opciones basadas en sus entrevistas con los empleados de las industrias. Entre ellas estaba la creación de un “cuerpo de salvamento” formado por los mismo obreros, que en cualquier momento estuviera dispuesto “para ocurrir en caso de emergencia a prestar la ayuda necesaria inmediatamente a los accidentados”.²¹⁸ El hecho de que estudiantes de medicina, durante el proceso de elaboración de sus tesis, denunciaran y ofrecieran alternativas para salvaguardar a la clase laborante demuestra las dificultades que atravesaron las autoridades para vigilar el cumplimiento de la LFT.

Con un similar discurso pesimista, a los pocos años de la promulgación de la LFT, las estadísticas de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo revelaron que los incidentes laborales aumentaban sostenidamente: entre 1931 y 1932 un 15.5% y entre 1935 y 1936 un 6.4%. Esos números expresaron que las tareas de vigilancia no estaban logrando reducir los riesgos al interior de las industrias del país. Además, hasta 1936 no se promulgó ningún reglamento de higiene que regulara las inspecciones e indicara las recomendaciones en materia de seguridad y sanidad industrial para las empresas mexicanas. Aarón Sáenz,

²¹⁶ Embassy of the USA to Secretary of State, 28 de agosto de 1931, DS, no. 812. 504/1188, RDSIAM, 1930-1939; y CLARK, *La organización obrera*, pp. 188-189.

²¹⁷ TREJO, “Por la salud ocupacional”, p. 54.

²¹⁸ LANDA, “Consideraciones breves sobre higiene”, pp. 10-15.

secretario de industria, informó en la memoria de labores de 1931, que se llevaron a cabo 2,627 visitas “a centros de actividad”. Sin embargo, al no existir un reglamento de seguridad industrial, el secretario señaló que tuvieron que construir arreglos provisionales con los empresarios para solucionar “diversos casos que de no haber sido atendidos oportunamente hubieran determinado ulteriores dificultades”.²¹⁹

Tabla 6. Estadísticas sobre el número incidentes industriales en la República mexicana

| Año | Número total de accidentes | Accidentes fatales | Incapacidades | Solicitudes de indemnizaciones pendientes |
|-------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|--|
| 1931 | 13, 220 | 184 | 13,036 | 379 |
| 1932 | 15, 223 | 180 | 15, 043 | 508 |
| 1935 | 29,400 | 324 | 29,076 | 1384 |
| 1936 | 31,300 | 116 | 31,184 | 2635 |

Fuente: CLARK, *La organización obrera*, pp. 190 y 193; y *México en cifras*, p. 20.

La tabla 6 también indica que para 1936, el 8% de las solicitudes de indemnizaciones no se solucionaron satisfactoriamente. Esos casos se debieron a que algunos incidentes profesionales solo eran comprobables bajo un examen médico riguroso que los trabajadores no pudieron pagar y que los patrones en muchas ocasiones se negaron a otorgar.²²⁰ Ese fue el caso de Enrique Enríquez, empleado de la empresa Tranvías de México, que solicitó el 27 de abril de 1937 al Departamento del Trabajo apoyo para llevar a cabo un reconocimiento médico. El señor Enríquez mencionó a Ubaldo Roldán, médico asignado por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, que sufrió una caída de un furgón en movimiento en el año de 1922 pero que debido a la falta de recursos económicos no pudo “demostrar las secuelas de su desafortunado accidente” que le impedían realizar cualquier otro tipo de actividad de manera eficiente. El tranviario tuvo que esperar hasta el 4 de mayo de 1937 para realizarse “exámenes de la vista, de los oídos y de las fosas nasales” en el Hospital Juárez de la Ciudad

²¹⁹ *Memoria presentada por el Lic. Aarón Sáenz*, pp. 294-295.

²²⁰ Anagricel Camacho menciona que sólo en contadas ocasiones los médicos, encargados de atender a los trabajadores accidentados, contaban con “máquinas de rayos x” o materiales para establecer cuadros clínicos que permitieran calcular el monto exacto de una indemnización o el periodo mínimo de recuperación. Esos problemas se agravaban si el percance ocurría en espacios relativamente alejados de zonas urbanas con mejores servicios clínicos y hospitalarios. CAMACHO, “El trabajo mata”, pp. 163-164.

de México, que le permitieran demostrar que el percance dejó “efectos tardíos de traumatismo craneal” y disminuyó su “capacidad orgánica-funcional para el trabajo”. La evidencia recabada determinó que al trabajador se le tenía que conceder servicio médico de forma inmediata, algo de lo que la empresa Tranvías de México no se había hecho cargo por más de 10 años, “limitando gravemente” la capacidad laboral de su empleado.²²¹

Al final del informe, el doctor Roldán recomendó que, para evitar negligencias, el Departamento del Trabajo debía iniciar un diálogo continuo con “los interesados en las cuestiones del trabajo” para que en conjunto pudieran diseñar las estrategias que identificaran las omisiones de los empresarios e incluso los casos en los que los obreros no se atrevieran a solicitar una indemnización. Esa solicitud no fue fortuita, Ubaldo Roldán fue uno de los primeros profesores de la cátedra sobre Medicina del Trabajo, creada en la década de 1930, en la Escuela Nacional de Medicina²²² y como tal intentaba que se reconociera el “carácter experto” de esa rama de conocimiento.²²³

Los acontecimientos poco alentadores encontraron reacción entre algunas organizaciones de trabajadores. En abril de 1934 Vicente Lombardo Toledano, miembro de la Confederación General de Obreros y Campesinos de México (CGOCM), mantuvo contacto con los servicios jurídicos del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo. Durante la comunicación se expresó que “ya era momento de empezar a fijar las bases sobre las que debe descansar la higiene y la seguridad industrial”. Lombardo Toledano propuso que se volvieran a abrir foros públicos para idear planes que “eviten en lo posible, la aparición de los peligros a que están expuestos los obreros, como

²²¹ “Postergación de derecho y accidente”, 4 de mayo de 1937, AGN, Departamento Autónomo del Trabajo, caja 178, expediente 17, hojas 9-19.

²²² Los dos primeros cursos semestrales de la cátedra de Higiene y Medicina del Trabajo se impartieron en 1936. PRUNEDA, *Higiene de los trabajadores*, pp. 7-8.

²²³ Óscar Gallo y Jorge Márquez han mostrado que los médicos del trabajo en Latinoamérica intentaron por medio de la apertura de cátedras universitarias y la creación de revistas especializadas, conseguir reconocimiento social que les permitiera “ganar” espacios de acción en instituciones estatales. Por su parte, Claudia Agostoni señaló que la construcción del “prestigio público” de los profesionales de la salud en México, comenzó en el siglo XIX a través de la creación de comunidades y revistas médicas que permitieran posicionarlos como un especie de “científicos de Estado” que podían ocupar un lugar destacado en instituciones como el Consejo de Salubridad. GALLO y MÁRQUEZ, “La enfermedad oculta”, pp. 123-124; y AGOSTONI, “Que no traigan al médico”, pp. 99-111.

factores de la producción y como miembros de la sociedad”.²²⁴ La indolencia de empresarios y órganos de gobierno orillaron a la CGOCM a sostener que sólo métodos, diseñados por grupos interesados de la sociedad, que siguieran al “trabajador en los centros de trabajo, protegiéndolo en sus ocios y acompañándolo en su hogar” podían mantener la mano de obra la mayor parte del tiempo posible “en el núcleo sano de la población”.²²⁵

En medio de dificultades y reclamos de diversa índole, el Estado y la Secretaría de Acción Obrera del Partido Nacional Revolucionario (PNR) organizaron una serie de radio-pláticas sobre higiene del trabajo, que fueron transmitidas en la Estación X. E. F. O. entre los meses de julio y septiembre de 1936. Un viejo conocido en el tema, el doctor Alfonso Pruneda, profesor de la Escuela Nacional de Medicina, fue uno de los encargados de impartir las charlas con la condición de que pudiera expresar libremente sus opiniones sobre los servicios de salud para que las autoridades, los trabajadores y los empresarios “pudieran aprovechar en beneficio propio las nociones y los datos que fueran expuestos”. El profesor comenzó sus charlas mencionado que un pensamiento obrerista racional tenía que ser consciente de que existía un vínculo entre los problemas de salud y las circunstancias sociales de los trabajadores. Esas ideas establecían paralelismos entre la medicina del trabajo y algunos de los postulados de la medicina social que circularon a nivel internacional durante el periodo de entreguerras. En otras palabras, era necesario atender y tomar en consideración los factores políticos y económicos para solucionar los problemas de salud a los que se enfrentaba la población laborante.²²⁶ Asimismo, identificó que uno de los principales defectos de los proyectos de gobierno era que privilegiaban la compensación económica de la mano de obra en lugar de crear una “política médica de interés social a gran escala”.²²⁷

Para Alfonso Pruneda las estadísticas probaban que los oficiales de vigilancia no lograron involucrar a los políticos, obreros y patrones en la lucha contra los riesgos profesionales y sociales; por eso era de beneficio nacional convencer a la sociedad en su conjunto que los esfuerzos para mantener la salud colectiva debían ser continuos. El doctor

²²⁴ “Sr. Lic. D. Francisco Vázquez Pérez, jefe del servicio jurídico. Departamento de Salubridad”, 30 de abril de 1934, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Salubridad Pública (FSP), Sección Servicio Jurídico, caja 25, expediente, 2, hojas 1-2.

²²⁵ “Sr. Lic. D. Francisco Vázquez Pérez, jefe del servicio jurídico. Departamento de Salubridad”, 30 de abril de 1934, AHSS, FSP, Sección Servicio Jurídico, caja 25, expediente, 2, hoja 2.

²²⁶ AGOSTONI, “médicos rurales”, pp. 761-763.

²²⁷ PRUNEDA, *Higiene de los trabajadores*, pp.53-55.

pronunció que era el momento de construir nuevas instituciones dependientes del Estado, y vinculadas a las agrupaciones patronales y obreras, que fijaran como su meta “contribuir en la mejora social de los trabajadores, acrecentando el bienestar a que tienen derecho ellos y sus familias”.²²⁸

El discurso radiofónico sugirió organizar una campaña de *servicio social industrial* que incluyera un plan de cooperación en el que los actores más importantes de “la producción de la riqueza nacional” pudieran involucrarse para formar estrategias que ayudaran a la clase laborante a alcanzar mayor estabilidad dentro y fuera de su ambiente cotidiano. Se sugirió llamarlo *servicio social industrial* porque los objetivos de la propuesta no dependían sólo de la presencia de profesionistas, interesados en la medicina e higiene industrial, en enfermerías y hospitales, también requerían la creación de comisiones de seguridad compuestas por patronos y trabajadores para que “interiorizaran las ventajas que reportan las diversas técnicas de prevención de accidentes”.²²⁹ Para finalizar, se planteó la formación de espacios de análisis en el que mano de obra, patronos y médicos pudieran repensar la función de clínicas y hospitales no sólo como lugares de curación sino como espacios de prevención y rehabilitación.

El Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo de 1937

Las propuestas de Alfonso Pruneda alcanzaron relevancia ya que lograron entusiasmar al Presidente de la República Lázaro Cárdenas (1934-1940) y a José Siurob, Director del Departamento de Salubridad Pública. Ambos personajes de la política mexicana creyeron conveniente retomar los postulados del doctor y volver a formar foros de discusión sobre los programas laborales para disipar las inquietudes de los patronos y la mano de obra. Promover espacios de diálogo en los que se expusieran medidas de protección para los trabajadores iba en concordancia con la plataforma política impulsada por Cárdenas y el Partido Nacional Revolucionario (PNR). El Plan Sexenal de 1934 había comprometido en su primer capítulo, dedicado al trabajo, al Poder Ejecutivo a discutir planes de asistencia y prevención de riesgos laborales.²³⁰ Así, se convocó a finales de 1936 a médicos, asociaciones científicas y, en general, a todos los profesionistas interesadas en el bienestar físico de los trabajadores para

²²⁸ PRUNEDA, *Higiene de los trabajadores*, p. 76.

²²⁹ PRUNEDA, *Higiene de los trabajadores*, pp. 77-78.

²³⁰ Julio Trens to Secretary of State, 23 de julio de 1934, DS, no. 812. 00/30066, RDSIAM, 1930-1939.

asistir al Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo que se celebraría en la Ciudad de México del 15 al 21 de febrero de 1937. Cárdenas y Siurob pensaron que los debates del congreso generarían una base de información que se complementarían perfectamente con las proposiciones que empresarios y sindicatos habían expresado, desde la Convención Mixta de 1928, lo que facilitaría la creación de políticas de salud con mayor respaldo de la sociedad. Es por ese motivo que casi todos los ponentes del evento fueron profesionales de las ramas médicas.

La comisión organizadora del congreso contó con José Torres Torija como secretario general,²³¹ Amadeo Betancourt fue elegido presidente de la sección de estudios técnicos y a Federico Ortiz se le designó como coordinador de la sección de estudios sobre accidentes de trabajo.²³² Los miembros de la comisión aceptaron en total 403 ponencias que tocaron temas tan diversos como la enseñanza de la higiene del trabajo, el estudio estadístico de los accidentes laborales y la definición legal de los riesgos profesionales. Este apartado abordará los documentos que se plantearon inquietudes sobre el futuro de los servicios de protección para los obreros.

El funcionamiento de centros de atención médica fue uno de los temas más discutidos debido a que había sido un asunto central en las charlas radiofónicas del doctor Pruneda que inspiraron el evento.²³³ Los doctores José Luis Mayer y Gonzalo Gual declararon a los asistentes del congreso que un número considerable de las incapacidades temporales eran consecuencia de los deficientes servicios en enfermerías que, en opinión de doctores entrevistados en empresas textiles de Puebla y Ciudad de México, “no cuentan con útiles, ni personal que ayude a las labores del médico, quien se tiene que adaptar a las condiciones y formas de trabajo que más le convengan”. Los ponentes sugirieron que la clase trabajadora “necesitaba en la actualidad una observación especial en su estado físico y mental” que las

²³¹ José Torres Torija (1885-1952) fue un médico mexicano que fue Director del Hospital Juárez en la Ciudad de México y Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México.

²³² Amadeo Betancourt (1876-1953) fue un médico mexicano que participó como Diputado de Michoacán durante el Congreso Constituyente de Querétaro entre 1916 y 1917. En 1943, fue designado por Manuel Ávila Camacho como Director de la Oficina de Higiene Industrial en el Departamento de Salubridad Pública.

²³³ Alfonso Pruneda, por invitación del Departamento de Salubridad Pública, formó parte del comité organizador que seleccionó las ponencias del congreso hasta noviembre de 1936. CAMACHO, “El trabajo mata”, p. 162.

instituciones de beneficencia pública no podían otorgar porque dedicaban la mayor parte de su atención a los miembros de la población en situación de “pobreza y miseria”.²³⁴

Los señores Mayer y Gual defendieron la creación de un sistema de protección que disminuyera las consecuencias de los “sinistros laborales con la edificación, en la capital del país, de un Sanatorio Obrero Central”. Un nosocomio encargado de diseñar los servicios de asistencia para los trabajadores que se alejara del antiguo modelo caritativo, que caracterizaba a otros hospitales del país, para ayudar a conocer cuáles eran las condiciones sanitarias, sociales y hasta familiares de los trabajadores.²³⁵ Los ponentes recordaron que durante la Convención Mixta de 1928, las organizaciones patronales y obreras rechazaron un proyecto similar al no encontrar elementos que precisaran su participación en la administración de un programa de auxilio obrero. Por ese motivo Mayer y Gual propusieron seguir la experiencia internacional, en particular la de Perú, que en la elaboración de proyectos de hospitales había formado juntas mixtas para presidir las actividades de esas instituciones.²³⁶ Plantearon que en México la comisión directiva podría estar conformada por dos representante del Estado, de preferencia de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo y del Departamento de Salubridad Pública, y seis miembros de las cámaras empresariales y de los sindicatos más importantes del país.²³⁷ Los galenos esperaban que la colaboración de diversos grupos de la sociedad en la dirección del sanatorio, disipara las dudas que frustraron las propuestas de seguridad para el trabajador expuestas en la convención de 1928.

La conferencia sobre el sanatorio obrero fue complementada con los comentarios de José Castro Villagrana, médico que ocupó el puesto de Director del Hospital Juárez de la Ciudad de México en 1929. El doctor expuso que cualquier institución que pudiera constituirse como la futura “columna” del seguro médico para los trabajadores tenía que ser imaginada como un instrumento potencial de investigación y educación.²³⁸ Esas

²³⁴ “Hospitalización de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del Trabajo, caja 4, expediente 1, hoja 7.

²³⁵ “Hospitalización de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del Trabajo, caja 4, expediente 1, hojas 7-9.

²³⁶ El Hospital Obrero de Lima, construido entre 1937 y 1940, se constituyó en la institución central del sistema del seguro social implantado en 1937. DRINOT, *La seducción de la clase obrera*, p. 256.

²³⁷ “Hospitalización de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del Trabajo, caja 4, expediente 1, hojas 18-20.

²³⁸ “Problemas médicos relativos a la hospitalización en casos de enfermedades profesionales”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del trabajo, caja, expediente 1, hojas 1-3.

características eran esenciales porque los hospitales, al convertirse en espacios de encuentro entre profesionales de la medicina y trabajadores, estaban destinados a desarrollar diversas metodologías para la prevención de lesiones y crisis de salubridad en fábricas, minas y talleres. Las propuestas vislumbraban una transformación en la manera en que se atendían las enfermedades y accidentes entre la mano de obra. Los incidentes laborales como problemas colectivos, y no fortuitos, tenían que ser abordados de manera cooperativa para acelerar los procesos de curación y generar “la confianza necesaria para el éxito de los servicios médicos”.²³⁹ Como se puede deducir, la intención era transformar la institución en un organismo de provecho social al servicio de la población del país en el que incluso los pacientes colaboraran en los procesos de recuperación, por medio de programas de reeducación en caso de accidentes y en la elaboración de planes de higiene y seguridad. Los conceptos expresados por Villagrana se asemejaron a las ideas de la medicina social que concibieron a los centros médicos como espacios (“talleres de salud”) no sólo curativos, sino también de producción y difusión de conocimientos sobre la salud pública y laboral.²⁴⁰

Asimismo, José Luis Mayer y Gonzalo Gual creyeron necesario que la junta directiva de la institución, con residencia en la capital del país, fuera considerada la entidad rectora de la higiene y la medicina laboral a nivel nacional, debido a que, por la magnitud del proyecto, era complicado imitarlo a corto plazo en todos los estados del país. La centralización fue considerada un rasgo inapelable hasta que las autoridades en coordinación con la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo y el Departamento de Salubridad diseñaran un sistema de contribución que permitiera conseguir el financiamiento para la construcción de clínicas con las mismas bases teóricas y prácticas a lo largo del territorio mexicano.²⁴¹

Al final, Luis Vázquez Vega, oficial de inspección del Departamento de Salubridad Pública en la Ciudad de México, presentó una disertación sobre las causas de los incidentes laborales y unas recomendaciones destinadas a contrarrestarlas. Durante sus primeras palabras el inspector sostuvo que los problemas de la salud no eran sucesos eventuales sino fenómenos colectivos que se explicaban por medio de diversos indicadores sobre la forma de

²³⁹ “Problemas médicos relativos a la hospitalización en casos de enfermedades profesionales”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del trabajo, caja, expediente 1, hoja 3.

²⁴⁰ ROSEN, *De la policía médica*, pp. 346-348.

²⁴¹ “Hospitalización de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del Trabajo, caja 4, expediente 1, hojas 25-28.

vida de la población mexicana. La exposición consideró a los riesgos de los trabajadores un tema de salud pública porque los estudios estadísticos probaban que “no se habían encontrado los medios adecuados para combatirlos”, además estaban íntimamente vinculados con las relaciones que el ser humano entablaba con su ambiente cotidiano.²⁴²

El conferencista aseveró que durante la realización de sus labores en fábricas de la ciudad, se percató que “no sólo las herramientas y la maquinaria colocaban a los individuos que las operaban en riesgo constante”; se tenía que agregar las agotadoras jornadas laborales que producían situaciones de “imprudencia profesional” que terminaban por naturalizar la convivencia con el peligro.²⁴³ Aunque Vázquez Vega aceptaba que las exigencias de la economía nacional y la demanda de los mercados impedían la reducción de los turnos de trabajo, las instituciones de gobierno no podían renunciar a fundar sistemas de análisis que “permitieran observar los fenómenos psíquicos, intelectuales y físicos que la presión laboral ejerce sobre los individuos”. Esos sistemas, vinculados a los planes hospitalarios, ayudarían a economizar la organización de los servicios médicos para los trabajadores ya que permitían clasificar los riesgos más recurrentes y “atacarlos de manera sistematizada” evitando cualquier tipo de desconcierto en la ejecución de las políticas de salud.²⁴⁴

Retomando algunas propuestas del *servicio social industrial* de Alfonso Pruneda, Luis Vázquez propuso organizar clases de higiene en los centros de trabajo en las que obreros y empresarios pudieran constituir sus propias medidas sobre seguridad. El oficial de inspección arguyó que crear programas que tomaran en cuenta la participación de la población, dentro de los sistemas de vigilancia del trabajo, era el primer paso para inspirar métodos de medicina laboral y social mucho más amplios que abarcaran acciones preventivas y pedagógicas.²⁴⁵ Así, en una de las últimas ponencias del congreso se volvió a plantear la idea de que sólo fomentando el interés común por la conservación de la salud colectiva se

²⁴² “Causas y frecuencia de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del trabajo, caja 3, expediente 2, hoja 1.

²⁴³ El concepto de “imprudencia profesional” se utilizó para referirse a las omisiones en materia seguridad que los trabajadores cometían luego de sostener una misma actividad durante varias horas al día. RAMACCIOTTI, “De la culpa al seguro”, p. 273.

²⁴⁴ “Causas y frecuencia de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del trabajo, caja 3, expediente 2, hojas 1-2.

²⁴⁵ “Causas y frecuencia de los accidentes del trabajo”, 15 al 21 de febrero de 1937, AGN, Departamento Autónomo del trabajo, caja 3, expediente 2, hoja 5-6.

crearían las bases de un proyecto de protección que gozara del consenso de los empresarios y los sindicatos del país.

Los conceptos bosquejados en el Congreso de Higiene y Medicina del Trabajo se manifestaron rápidamente en el discurso político. Los promotores del evento, Lázaro Cárdenas y José Siurob, siguieron de cerca los acontecimientos y recalcaron que tomarían en cuenta los consejos de los participantes de “salvaguardar la salud del obrero como un gesto patriótico; ya que se reconocía que no solo brindaba beneficios a los trabajadores sino a la nación completa”.²⁴⁶ De la misma forma, las acciones del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo acentuaron la importancia de los métodos preventivos en lugar de la atención en instantes de crisis. Entre 1937 y 1938, Siurob creó la Oficina de Higiene Industrial que tuvo el encargo de organizar comisiones sanitarias dentro de las industrias con la finalidad de que empleados y empleadores se convirtieran en agentes externos pero continuos de vigilancia. La misma oficina realizó conferencias sobre accidentes, con cirujanos del Hospital Juárez, para que los obreros conocieran de primera mano las consecuencias de las distracciones durante sus actividades.²⁴⁷ Como José Castro Villagrana sostuvo en su conferencia, los profesionales de la medicina comenzaban a ampliar sus labores más allá del espacio hospitalario y experimentaban sus capacidades para divulgar información sobre pautas de seguridad laboral.

Más interesante fue que diversos personajes que participaron en el Congreso de Higiene y Medicina del Trabajo fueran invitados a colaborar con las instituciones estatales. En noviembre de 1938, con motivo de la Semana de Higiene y Seguridad Industrial, Genaro Vázquez, jefe del Departamento del Trabajo, acompañado por Alfonso Pruneda y Amadeo Betancourt pronunció un discurso, dirigido a la población laborante del Distrito Federal, en el que citó que al recorrer los centros de trabajo concluyó que la sociedad mexicana ya no quería observar “ni enfermos ni mutilados en las filas de los trabajadores. Sí queremos ver al mismo tiempo un desarrollo progresivo de su fuerza física y su salud”. Parafraseando al doctor Pruneda, Vázquez manifestó que atender los problemas del trabajo no correspondía solo a los obreros y empresarios, sino también a expertos en los temas del trabajo y al

²⁴⁶ CAMACHO, “El impacto de las políticas públicas”, p. 22.

²⁴⁷ CAMACHO, “El trabajo mata”, p. 161.

Estado.²⁴⁸ Como se puede inferir, la postura que apoyó la acción colectiva contra los riesgos del mundo laboral permeó los discursos públicos de los voceros de las autoridades. Con la presencia de los médicos el evento intentaba legitimar la puesta en marcha de una cruzada por la salud de los trabajadores que al contar con la colaboración de profesionistas, sindicatos y empresarios parecía trascender los conflictos de clase y cualquier rencilla política.

Por último, el jefe del Departamento del Trabajo anunció que el Presidente le prometió retomar las propuestas del congreso de higiene y medicina del trabajo e invitar a las principales organizaciones patronales y obreras para que, junto con representantes de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, diseñaran un nuevo proyecto de seguro para los trabajadores. En opinión del Poder Ejecutivo, un plan que “brindara atención a los trabajadores en los hospitales del país” y sirviera de punta de lanza para un sistema de educación y vigilancia de la higiene industrial, tenía que ser aprobado por los miembros de la sociedad que habían manifestado su entusiasmo hasta ese momento.²⁴⁹

Aunque los discursos políticos no aseguraban que se pusiera pronto en marcha un nuevo proyecto de salud para los trabajadores, se puede señalar que la influencia de empresarios, sindicatos (en la convención de 1928) y de los miembros de la comunidad médica (en el congreso de 1937) convirtieron el tema en un punto recurrente en la esfera pública; donde entraron en diálogo directo con las instituciones mexicanas. Esos actores alcanzaron un importante protagonismo en la discusión sobre el seguro obrero y las medidas seguridad e higiene industrial, demostrando que los gobiernos revolucionarios no gozaron de plena voz de mando para promocionar sus programas sociales y laborales. A finales de la década de 1930, los discursos sobre la protección de la clase laborante se apoyaron en los argumentos promovidos desde la Convención Mixta de 1928: participación de trabajadores y patronos en la elaboración/gestión de las políticas de salud y la creación de proyectos de seguro que no sólo incluyeran atención médica sino que también desarrollaran sistemas de prevención de riesgos sanitarios e incidentes laborales. En el próximo capítulo se analizará cómo esas ideas impactaron en la formación del IMSS y se adaptaron a la compleja situación

²⁴⁸ “Declaratoria de inauguración de la II Semana Nacional de Higiene y Seguridad Industrial”, *Revista Mexicana del Trabajo*, 2 de diciembre de 1938, p. 87.

²⁴⁹ “Declaratoria de inauguración de la II Semana Nacional de Higiene y Seguridad Industrial”, *Revista Mexicana del Trabajo*, 2 de diciembre de 1938, pp. 87-88.

sociopolítica de México entre 1938 y 1945. A la par, se estudiará qué tipo de canales de negociación política se formaron (comisiones y direcciones técnicas) para cumplir el acuerdo de integrar las demandas de los trabajadores y los empresarios durante la creación del seguro social mexicano entre los años de 1941 y 1943.

Capítulo 4. La Comisión Técnica y la Ley del Seguro Social, 1939-1942

Este capítulo reconstruye las ideas y recomendaciones políticas e internacionales que permitieron la elaboración de la Ley del Seguro Social en el año de 1942. También examina el papel que jugaron las organizaciones de trabajadores, los grupos empresariales y los miembros de la Secretaría del Trabajo dentro de la comisión técnica encargada de escribir la legislación. Se mostrará que la definición de las características del seguro social en México fue parte de un largo proceso de discusión internacional y nacional que se vería reflejado en la actuación del IMSS en años posteriores.

México y la Conferencia del Trabajo de los Estados de América

La incertidumbre por las precarias condiciones laborales en México y el interés gubernamental por diseñar procedimientos eficientes de protección que apoyarán a los miembros de la clase trabajadora afectados por los accidentes laborales y enfermedades, encontraron un periodo idóneo para manifestarse durante el sexenio presidencial de Lázaro Cárdenas (1934-1940). Esos años, además de representar el inicio de un proceso de consolidación de un Estado que incorporó paulatinamente a la población campesina y a los trabajadores urbanos por medio de instituciones como el Partido de la Revolución Mexicana (PRM), la Confederación Nacional Campesina (CNC) y la Confederación de Trabajadores de México (CTM), también presenciaron los primeros intentos para establecer sistemas permanentes de atención médica y social en el país.²⁵⁰

Desde la difusión del Plan Sexenal de Lázaro Cárdenas, entre 1933 y 1934, las autoridades de la República mexicana expusieron su preocupación por dar efectividad a las demandas sobre salubridad pública y previsión social que se encontraban registradas en los artículos 73 y 123 de la Constitución de 1917. Esa plataforma política se propuso acrecentar gradualmente el gasto público en salud hasta que este constituyera 5.5% del total del presupuesto de egresos de la federación. Asimismo buscó destinar dicho aumento a combatir las causas de la mortalidad infantil y de las epidemias y endemias con énfasis en el paludismo, la sífilis, la oncocercosis y la lepra. A la par, el escrito oficial manifestó que las autoridades alentarían el análisis de un “sistema de seguro médico” para los trabajadores mexicanos que

²⁵⁰ CARRILLO, “Salud pública y poder en México”, p. 146.

protegiere su salud y a sus familias durante los contratiempos ocasionados por sus actividades. Para llevarlo a cabo planteó la colaboración cercana de organizaciones obreras, los empresarios y los técnicos del Estado en foros sobre el tema.²⁵¹ El objetivo era obtener experiencia y cierto grado de consenso que en años anteriores faltaron para organizar programas con mayor impacto a nivel nacional.

Con ese propósito, en el año de 1937 el Departamento de Salubridad Pública en coordinación con la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo crearon una Oficina de Higiene Industrial dedicada a la recolección de información sobre las circunstancias de los obreros y patronos en las principales fábricas y talleres de México. La investigación de la Oficina de Higiene anotó, al igual que el Primer Plan Sexenal, que la intención primordial de “los factores de la producción del país” era participar de forma directa en los planes de salubridad, higiene pública, seguro médico y social que pudieran transformar sus relaciones laborales y aspirar a alcanzar una escala nacional.²⁵²

El deseo obrero-patronal pronto encontró un sitio conveniente para recolectar la experiencia necesaria en cuestión de política social en la Conferencia del Trabajo de los Estados de América que tuvo lugar en la Habana, Cuba, del 21 de noviembre al 2 de diciembre de 1939. La OIT, durante el contexto crítico de la Segunda Guerra Mundial, decidió fraguar una relación efectiva con los países americanos para que la evaluación colectiva de las relaciones laborales consolidara su prestigio en el continente y fortaleciera su mensaje de que la discusión democrática, en busca de la justicia social, era la mejor “acción política contra el fascismo”.²⁵³ Por esos motivos, John Winant, Director de la OIT, decidió invitar a representantes de los países del continente americano para crear resoluciones regionales sobre problemas comunes, como la situación de mujeres y niños, el funcionamiento de las secretarías del trabajo y la creación de seguros obreros.

²⁵¹ Division of Mexican Affairs to Secretary of State, 13 de julio de 1934, DS, no. 812.00/30066, RDSIAM, 1930-1939.

²⁵² CARRILLO, “Salud pública y poder en México”, pp. 166-167.

²⁵³ La llegada de Genaro Estrada a la Secretaría de Relaciones Exteriores en 1930 y la necesidad del gobierno posrevolucionario de legitimar su posición internacional en la construcción de convenios regionales convencieron al Estado mexicano de ingresar a la OIT en 1931. HERRERA, “Las conferencias americanas del trabajo”, pp. 121-122; y HERRERA, “México y la Organización Internacional del Trabajo”, pp. 349-353.

El gobierno mexicano, miembro oficial de la OIT desde 1931, recibió la invitación formal para participar en la conferencia, como otros países americanos, el 5 de julio de 1939.²⁵⁴ En la carta se solicitó que, en caso de que el Poder Ejecutivo aceptara la propuesta, México enviara “una comisión compuesta de dos delegados gubernamentales, de un delegado de los empleadores y de un delegado de los trabajadores”.²⁵⁵ Las autoridades consideraron adecuado el intento de sintetizar los procedimientos para atacar las contrariedades que eran comunes a los países americanos, y aceptaron la invitación del organismo internacional. Los asistentes asignados por el Estado fueron personajes vinculados a la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, en particular a su Departamento del Trabajo, como los abogados Antonio Villalobos y Enrique Jiménez Domínguez que contaban con experiencia superior a un año en inspección de industrias e impartición de conferencias de seguridad laboral.²⁵⁶ Con esos nombramientos el gobierno mexicano pretendió posicionarse como el rector de las relaciones obrero-patronales, incluso en eventos internacionales. Al mismo tiempo, al enviar a Antonio Villalobos, ex secretario personal del Presidente Cárdenas, las autoridades esperaban recaudar la mayor información posible sobre los pactos que los representantes mexicanos expresaran durante la Conferencia.

La organización patronal participante fue, una de las más antiguas (creada en 1918), la Confederación de Cámaras Industriales de México (CONCAMIN) por medio de un miembro de la Comisión Ejecutiva, el abogado Maximiliano Camiro. Es importante anotar que la CONCAMIN también había enviado al licenciado Camino a foros pasados como la Convención Obrero-Patronal de la Ciudad de México del año de 1928. El propósito de la organización fue ser representada por un hombre con experiencia en la discusión con trabajadores y técnicos estatales. Por último, la delegación obrera estuvo representada por Vicente Lombardo Toledano de la CTM, con el consejo técnico del doctor Gaudencio González Garza y el abogado Arturo Martínez Adame.²⁵⁷ La central obrera fundada en 1936, con el apoyo del Presidente Cárdenas, contaba con casi medio millón de afiliados entre

²⁵⁴ Entre los países invitados estuvieron Argentina, Brasil, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Panamá, Perú y Uruguay. *Segunda Conferencia del Trabajo*, pp. 3-9.

²⁵⁵ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 8.

²⁵⁶ Antonio Villalobos (1894-1965) fue un abogado y secretario particular de Lázaro Cárdenas entre 1930 y 1931. Además, fue titular de la Procuraduría General de la República en 1937. *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 8.

²⁵⁷ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 8.

ferrocarrileros, electricistas y mineros lo que la convertía en la asociación con apoyo oficial más grande del país y la herramienta más importante para anexar al movimiento obrero y urbano a las bases políticas del Estado. Además, la elección de Lombardo Toledano no fue fortuita. De la misma manera que el abogado Camino, el delegado obrero participó como consejero en la Convención Obrero-Patronal de 1928.²⁵⁸

La confirmación de los asistentes mexicanos manifestó el ánimo de las organizaciones obreras y patronales de colaborar con la transmisión de testimonios que ayudaran a elaborar un proyecto eficiente de “resguardo social”. Así lo dejó en claro Vicente Lombardo Toledano en la primera sesión de la Conferencia, el 21 de noviembre de 1939, al señalar que el fin de la reunión era sostener un diálogo experto y de comprensión que ayudara “a fortalecer las instituciones sociales en América” constituyéndolas en instrumentos, no una finalidad, “para construir la felicidad humana, evitando, de esta forma, las guerras entre los hombres”.²⁵⁹ Justamente fue el diálogo y el acuerdo los que persistieron en las deliberaciones de los días 30 de noviembre y 2 de diciembre de 1939, referentes al auxilio de los trabajadores latinoamericanos. En la Comisión de Asistencia y Seguros Sociales que destacó al delegado argentino Alejandro Unsain²⁶⁰ y al estadounidense Arthur Altmeyer,²⁶¹ también pudieron participar tres mexicanos: los señores Antonio Villalobos, como presidente de la comisión, Maximiliano Camiro y Arturo Martínez en representación de Vicente Lombardo Toledano.

El 30 de noviembre, los asistentes mexicanos acordaron firmar la resolución que precisó las dos metas del auxilio a la clase trabajadora: prevención y restauración. De forma extensa se puede decir que la sesión decidió que la manera apropiada de proteger a los obreros americanos era por medio de planes de seguros médicos y sociales que organizaran

la prevención de riesgos tales como la enfermedad y los accidentes del trabajo cuya realización tiene como consecuencia quitarle al trabajador su capacidad de ganancia,

²⁵⁸ “Delegaciones obreras que asistieron a la convención”, 15 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1672, expediente 36, hojas 3-10; y “Delegaciones patronales”, 15 de noviembre de 1928, AGN, Departamento del Trabajo, caja 1672, expediente 42, hojas 1-5.

²⁵⁹ HERRERA, “Las conferencias americanas del trabajo”, p. 123.

²⁶⁰ Alejandro Unsain (1881-1952) fue un abogado argentino que se desempeñó como Director del Departamento Nacional del Trabajo de Argentina entre 1920 y 1922. Además, fue consejero americano de la OIT desde 1919.

²⁶¹ Arthur Altmeyer (1891-1972) fue un economista estadounidense que se desempeñó como subsecretario del Trabajo durante el gobierno de Franklin Roosevelt (1933-1945) y comisionado de la Administración del Seguro Social en los Estados Unidos entre 1946 y 1953.

privándolo de la base económica de su existencia, acarreado privaciones y perjuicios para él y su familia, y disminuyendo la productividad de la comunidad.²⁶²

La Comisión ratificó que los proyectos de seguros tenían que restablecer, lo más rápida y completamente posible, la capacidad de trabajo reducido como consecuencia de las enfermedades o los accidentes y proporcionar los medios médico-farmacéuticos necesarios para impedir que cualquier padecimiento deteriorara el estado físico de las personas permanentemente.²⁶³ Esa declaración significó que a nivel regional se construyó el principio de que los planes de seguro tenían que participar, por el bien de la colectividad, en la lucha contra los problemas frecuentes entre la población trabajadora, pues estos no podían ser ni combatidos ni prevenidos exclusivamente por el tratamiento médico, ya que requerían una acción metódica apoyada por medidas sociales. Asimismo pusieron sobre la mesa de discusión, la pertinencia de “combatir” los problemas de la salud laboral con un programa extenso que traspasara los espacios tradicionales de curación y se insertara en temas como la educación, la medicina social y la salubridad pública. Finalmente enfatizaron que lo que se encontraba en peligro era la capacidad económica y la fuerza productiva de las sociedades del continente.

John Winant, en su cargo de Director de la OIT, elogió la rápida elaboración de la resolución general y declaró que contenía “las recomendaciones fundamentales que deben figurar en las leyes nacionales” relativas a la atención de los trabajadores. De la misma forma, celebró que las medidas preventivas y educativas estuvieran sólidamente presentes en el acuerdo ya que a su consideración prevenir y enseñar sobre los incidentes “cuando todavía es posible evitarlos”, conduciría “tarde o temprano a la extinción de un gran número de riesgos cubiertos por los sistemas de salud locales”.²⁶⁴ Sin embargo, los delegados no sólo demostraron su deseo común de precisar los objetivos del “resguardo social”, también adoptaron un programa de acción.

El programa fue aprobado el 2 de diciembre, el último día de la reunión en la Habana, Cuba. El documento enunció las tres conclusiones a las que llegaron los miembros de la conferencia en lo concerniente a la vigilancia de los accidentes profesionales y la atención

²⁶² *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 255.

²⁶³ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 255.

²⁶⁴ *Memoria del Director*, p. 57.

de enfermedades. En primera instancia señalaron “las ventajas que presenta, tanto para el propio accidentado, como para el respectivo empleador un completo y eficiente servicio de prestaciones sociales y en especie” ya que una cura adecuada “hecha inmediatamente después del incidente, estancando las hemorragias y evitando las infecciones, atenúa extraordinariamente los riesgos”.²⁶⁵ Quedó por escrito que la atención médica para los trabajadores exigía la ejecución de un conjunto coordinado de prestaciones que tuviera por objeto ofrecer a los asegurados y a los miembros de su familia, “aquellos medios de acción de la medicina moderna que pueden preservar la salud y permitan que se diagnostiquen y traten las afecciones desde su inicio”.²⁶⁶ A ese efecto, los delegados convinieron que los planes de seguro debían proveer las siguientes prestaciones: cuidados de medicina general; servicio de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, reeducación laboral, enseñanza de la higiene privada y facilidades para hospitalización y cura.

Los argumentos arriba expuestos mostraron que los planes de seguros fueron analizados, con lujo de detalle, como los puntos angulares de un sistema de atención para la salud de la mano de obra de los países del continente americano. Sistemas formados por una infraestructura (centros de salubridad, clínicas y hospitales) y recursos humanos con experiencia en higiene industrial, cirugía, y reeducación laboral.²⁶⁷ En otras palabras, el acuerdo internacional propuso la elaboración de métodos de asistencia calculados y sistemáticos; un tema que se convertiría, como se expondrá más adelante, en una idea central del proceso de creación del Seguro Social en México.

Las siguientes dos conclusiones pactadas por los representantes mexicanos se refirieron a la organización de las instituciones nacionales de protección social. El escrito sugirió que el cometido de esos organismos era asociar, material y moralmente, a los interesados en la defensa de la salud y de la capacidad de ganancia de los obreros. Se expresó que lo conveniente era crear “instituciones autónomas, constituidas bajo la dirección de un Consejo de Administración tripartita, integrados con representantes de los poderes públicos, de los patronos y de los trabajadores”.²⁶⁸ El propósito de ese consejo sería gestionar la

²⁶⁵ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 181.

²⁶⁶ *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 256.

²⁶⁷ DRINOT, *La seducción de la clase obrera*, pp. 243-245.

²⁶⁸ *Segunda Conferencia del Trabajo*, pp. 259-260.

prevención de la mayoría de los riesgos profesionales o sociales y organizar las prestaciones en especie.

La elección de una administración tripartita reconoció la pretensión de los empresarios y la clase trabajadora de elegir, junto a los Estados, los métodos de protección de acuerdo a sus criterios y problemáticas locales. De esa forma, el consenso fue pensado como el estímulo que aumentaría la eficacia de los servicios que en el pasado pudieron ocasionar discordia. Ese tipo administración implicaba asignar a los actores involucrados el financiamiento de la asistencia, induciéndolos a percibir la atención, médica o material, como un derecho adquirido y no como una caridad por parte del Estado. De forma textual, la Conferencia apuntó que para asegurar el funcionamiento de cualquier proyecto de seguros en América se tenía que negociar “la contribución económica de los trabajadores y los patrones” y estimular al Estado a participar con la cantidad de recursos necesarios para contratar una base de empleados o adquirir infraestructura para implantar servicios administrativos y médicos.²⁶⁹

Con la promoción de esas resoluciones, la OIT propugnó por la construcción de un nuevo modelo de relación de los grupos sociales, que Eric Hobsbawm llamó “el acuerdo a tres bandas”, en el que la interacción/negociación entre los sujetos implicados (empresarios, sindicatos obreros y autoridades estatales) modelara la forma en que se resolvieran los conflictos y repercutiera sobre la calidad de vida de las clases laborantes.²⁷⁰ Ante la crisis experimentada en Europa durante la Segunda Guerra Mundial, la Conferencia de los Estados de América defendió una postura de colaboración interclasista que previniera, lo mejor posible, pugnas políticas influenciadas por las repercusiones económicas e ideológicas del conflicto bélico.²⁷¹

Para finalizar, los representantes americanos convinieron expandir pausadamente las instituciones y servicios de salvaguarda social. El acuerdo recomendó crear proyectos iniciales que incluyeran a la población que viviera de los salarios obtenidos de un empleador,

²⁶⁹ *Segunda Conferencia del Trabajo*, pp. 260 y 272.

²⁷⁰ FLIER, “Las políticas de seguridad social”, pp. 3-4.

²⁷¹ John Winant y Vicente Lombardo Toledano compartieron, en sus discursos de inauguración, durante la Conferencia que las “consecuencias económicas y sociales de la Segunda Guerra representaban un peligro para el mundo”, de la misma manera que la exposición y promoción del nazismo y el fascismo. HERRERA, “Las conferencias americanas del trabajo”, pp. 122-123; y *Memoria del Director*, p. 6.

los que, en su mayoría, se encontraban concentrados en zonas industriales.²⁷² Si bien la justificación de la reunión era liberar a los trabajadores de los problemas que los sumergían en la inactividad, esa liberación se conduciría por medio de programas de salud que, desde una ubicación estratégica (capitales o ciudades), permitieran el control de los grupos dirigentes locales con el respaldo de los organismos empresariales y patronales más importantes de los países americanos. El tomar como base de contribución el sueldo reveló hasta qué punto los sistemas de seguros estuvieron estrechamente asociados con una particular idea de lo que constituía ser un obrero. Las explicaciones desarrolladas en la conferencia señalaban que, en un principio, sólo se tomaría en cuenta a las personas que trabajaran en fábricas y que recibieran un sueldo que permitiera el financiamiento de organismos de protección social. Esa recomendación reveló que ese proyecto de salud estaba vinculado, en gran medida, con una forma específica de trabajo, el industrial.

En la misma lógica de expandir la atención de forma calculada, el dictamen de la Comisión de Asistencia y Seguro Social señaló los servicios que se podrían empezar a estudiar y ofrecer de forma progresiva en América. El organismo aconsejó abarcar a los llamados “riesgos laborales” y los “riesgos sociales”. Los primeros fueron definidos como los peligros a que estaban expuestos los obreros con motivo del trabajo que ejecutan, que incluía los accidentes y las enfermedades del trabajo. El segundo concepto se refería a los daños a los que estaban expuestos los individuos que viven en sociedad, como las enfermedades no profesionales, la invalidez y la muerte.²⁷³ Con la enumeración de esos percances quedó estipulado que la esencia de los seguros era proteger a los trabajadores contra acontecimientos fatales que de forma inevitable afectaban su economía familiar y salud.

Como complemento, los métodos y prestaciones elementales pactados por los delegados fueron organizar institutos de prevención de riesgos que aseguraran la reproducción de los medios de existencia, brindaran apoyos monetarios y reeducación, en caso de la interrupción de la actividad profesional, y “evitaran que el aumento de incidentes le arrebatara a los trabajadores su buen estado de físico” y certidumbre laboral. El plan era

²⁷² *Segunda Conferencia del Trabajo*, p. 257.

²⁷³ *Segunda Conferencia del Trabajo*, pp. 181-184 y 258-263.

organizar sistemas de salud, con infraestructura y personal interesado en la medicina laboral y social, que ayudaran a restablecer la capacidad de trabajo perdida como consecuencia del elevado número de enfermedades y accidentes.²⁷⁴

Poco después de finalizar la Conferencia del Trabajo de los Estados de América, la conclusión de promover sistemas de atención para la fuerza de trabajo, centrados en la conservación de la salud y la colaboración de la clase trabajadora y patronal, tuvo un recibimiento positivo en la esfera política mexicana. Durante la Segunda Convención Nacional del PRM, entre noviembre y diciembre de 1939, políticos como Manuel Ávila Camacho y líderes sindicales de la CTM insinuaron que la firma de compromisos internacionales por parte de representantes gubernamentales, empresariales y obreros demostraba que México estaba cada vez más preparado para adoptar un sistema de seguros con la cooperación de diversos grupos sociales.²⁷⁵

Aunque la participación mexicana en la construcción de los convenios de la Conferencia del Trabajo pareció alentadora, durante el último año de la presidencia de Lázaro Cárdenas su gobierno no presentó ningún proyecto de seguro médico y social. Según Ignacio García Téllez, secretario de gobernación en ese periodo, la razón de tal omisión se encontraba en las graves circunstancias económicas y políticas derivadas de la expropiación y nacionalización del petróleo en marzo de 1938. García Téllez mencionó que al conversar con el Presidente Cárdenas sobre la preparación de un futuro plan de protección social, el Presidente le contestó “no Licenciado, serían dos toros puntales que tendríamos que lidiar al mismo tiempo. Vamos sacando primero el petróleo en bien de la Nación y a su tiempo será un proyecto de seguro”.²⁷⁶ Al actuar contra los intereses del capital extranjero con la expropiación petrolera, Cárdenas ponderó que proponer una legislación del seguro social, con todo y el aparente consenso, no era políticamente viable ya que requería una campaña de propaganda y negociación obrero-patronal que la agitada parte final de su periodo presidencial no ofrecía.

²⁷⁴ *Segunda Conferencia del Trabajo*, pp. 255-256.

²⁷⁵ DION, *Workers and Welfare*, pp. 68-69.

²⁷⁶ DION, “The Political Origins of Social Security”, p. 67.

La Comisión Técnica

Las intenciones manifestadas durante y después de la Conferencia del Trabajo de los Estados de América tuvieron que esperar un proceso complejo de reconstrucción de las alianzas políticas, derivado de la elección de 1940, para ser atendidas con mayor detenimiento. Esa elección presidencial que enfrentó al candidato oficial del Partido de la Revolución Mexicana, Manuel Ávila Camacho, y al general Juan Andrew Almazán, es recordada por ser una de las más polémicas de la historia de México.

La candidatura independiente del general Almazán, apoyada por una base heterogénea integrada por grupos obreros separados de la CTM, como el “Comité Depurador y Unificador”²⁷⁷ y empresarios y políticos ligados al Partido Acción Nacional (PAN) exhibió la preocupación de diversos sectores de la sociedad mexicana por la serie de reformas sociales, llevadas a cabo durante el sexenio de Lázaro Cárdenas, y que a su consideración elevaban la agitación ideológica en la República mexicana.²⁷⁸ Aunque no se puede precisar el soporte real de la candidatura, Almazán y su grupo ganaron un importante apoyo por medio de un discurso conciliador que prometió contener el radicalismo nacionalista manifestado durante los primeros años de gobierno del general Cárdenas.

La amenaza planteada por la oposición del empresariado industrial y de sectores obreros, detrás de la candidatura independiente de Almazán, obligó a las bases del PRM a replantear su discurso político para tranquilizar a los grupos disconformes. Entre octubre y diciembre de 1939 el candidato Manuel Ávila Camacho realizó cuatro reuniones en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, con empresarios ligados a la COPARMEX y la CONCAMIN para asegurarles que su futuro gobierno se caracterizaría por iniciar un proyecto político moderado, basado en la colaboración y beneficio de todos los actores de la sociedad mexicana.²⁷⁹ Por otra parte, durante la promoción del Segundo Plan Sexenal, en enero de

²⁷⁷ El Comité Depurador y Unificador fue un grupo de obreros separado de la CTM que surgió el 10 de abril de 1939. Lo formaron varios trabajadores de la industria textil, de transportes y de prensa de estados como Aguascalientes, Puebla, Morelos y el Distrito Federal. Entre los objetivos de la organización se mencionó “combatir a los líderes que se habían declarado a sí mismos dirigentes vitalicios” y “los utilizaban de instrumento político”. CONTRERAS, *México 1940*, pp. 87-89.

²⁷⁸ PAOLI, “Legislación electoral”, pp. 142-144.

²⁷⁹ La investigadora Michel Dion sugiere que en esas reuniones el gerente de campaña de Ávila Camacho, Miguel Alemán, acordó con los empresarios de Monterrey otorgarles la capacidad de designar al futuro gobernador de su estado y al presidente municipal de Monterrey a cambio del apoyo al candidato del PRM. DION, “The Political Origins of Social Security”, p. 70.

1940, el PRM prometió al movimiento obrero organizado, en particular a la CTM, ser tomado en cuenta en la consolidación de proyectos de industrialización y la planificación del primer sistema de seguros en México “que debe cubrir los riesgos profesionales y sociales más importantes y en el que la clase obrera podría participar en la administración”.²⁸⁰

Las reuniones y promesas de campaña parecieron surtir efecto ya que, durante la jornada electoral, los afiliados del PRM realizaron violentos zafarranchos y robos de casillas (hubo por lo menos 10 muertos y 100 heridos en la Ciudad de México) sin grandes protestas públicas que pusieran en riesgo la elección del nuevo representante del Poder Ejecutivo. Los resultados de la votación, según cifras infladas, le otorgaron la victoria a Ávila Camacho con el 93.89% de los votos, mientras que Almazán sólo alcanzó el 5.72%, una diferencia sumamente exagerada.²⁸¹

El nivel de agitación en la elección obligó al Presidente, Manuel Ávila Camacho, a tranquilizar los ánimos y reafirmar sus compromisos políticos, cuando Lázaro Cárdenas le entregó el poder en diciembre de 1940. El primer indicio conciliatorio se observó en el cambio en la composición de la Cámara de Diputados. Hasta antes del año de 1940 todos los diputados fueron miembros del partido oficial, en contraste, después de ese año, los partidos de oposición ingresaron a la cámara y constituyeron 5% del total. Ese hecho rompió la tradición que por años impidió la más mínima oposición en el Poder Legislativo. Además, durante la toma de protesta, el Presidente confirmó que durante su primer año de gobierno se crearía una legislación del seguro social que con base en acuerdos obrero-patronales prometiera “mejorar la calidad de vida de los trabajadores y conservar el patrimonio humano, indispensable para el desarrollo industrial”.²⁸² Para cumplir esa propuesta Ignacio García Téllez, el primer titular de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social durante el mandato Ávila Camacho, fue comisionado para recolectar de manera paulatina las opiniones e incertidumbres de los grupos obreros y empresariales del país.²⁸³ Esa encomienda insinuó

²⁸⁰ BARAJAS, “Políticas de bienestar social”, pp. 71-72.

²⁸¹ DION, “The Political Origins”, pp. 70-71.

²⁸² BARAJAS, “Políticas de bienestar social”, p. 72.

²⁸³ Ignacio García Téllez (1897-1985) no fue ajeno a la discusión nacional sobre los planes de protección social. Cuando fue secretario de gobernación, durante los últimos dos años del sexenio de Lázaro Cárdenas, se puso en contacto con Paul A. Tixier (vicepresidente de la OIT) para redactar y aprobar una ley de seguro social. Sin embargo, “la presión social y política por la expropiación petrolera” impidió que cualquier ley se discutiera en el Congreso de la Unión de 1938 a 1940. *Vida, pensamiento y obra*, tomo II.

que se cumpliría la promesa de iniciar una gestión conciliadora que armonizara a todas las clases de la sociedad mexicana en la elaboración de las políticas económicas y sociales.

No se puede dejar de mencionar que algunas organizaciones obreras independientes, en industrias específicas, comenzaron a realizar huelgas para exigir una mejora en sus condiciones laborales desde el año de 1939. El motivo detrás de esos movimientos fue la caída de los estándares de vida ocasionada por el inicio de la Segunda Guerra Mundial. En esa época el salario real de las trabajadoras y trabajadores cayeron casi el 50% porque los precios de los productos de primera necesidad (ropa, comida y vivienda) incrementaron un 300%. En aquel contexto, en octubre de 1940, los mineros de la empresa estadounidense ASARCO paralizaron las instalaciones de Rositas y Piedras Negras, Coahuila, y exigieron el aumento de sus salarios para poder acceder a mejores condiciones económicas y de salubridad. El Estado mexicano tuvo que intervenir en ambas huelgas y garantizar futuros arreglos con los empresarios que impactaran directamente en los sueldos de la población.²⁸⁴ Ese tipo de acontecimientos sirvieron para motivar a las autoridades a debatir públicamente con los sindicatos más importantes del país, con la intención de contener potenciales movilizaciones de la clase obrera a cambio de concesiones negociadas dentro de un marco político.

Obedeciendo las propuestas realizadas durante la campaña presidencial, el 2 de junio de 1941 se formó por mandato presidencial una Comisión Técnica con representación de los trabajadores, empresarios y el gobierno federal para opinar sobre los puntos generales de una futura ley del seguro social que la Secretaría del Trabajo, dirigida por García Téllez, se haría cargo de redactar. Como mencionaron las primeras memorias del evento, su propósito fue que los miembros invitados estuvieran en la mejor aptitud de exponer sus puntos de vista y cooperaran “con su experiencia en tan ardua labor, a efecto de obtener que el ordenamiento legal que la comisión presentara fuera el producto de la coordinación y entendimiento de los dos factores de la producción y del Estado”.²⁸⁵

Aunque esas palabras no aseguraban que el análisis de un sistema de seguros estuviera libre de conflictos, la Comisión Técnica simbolizaba un nuevo espacio de diálogo entre los

²⁸⁴ CAULFIELD, *Mexican Workers*, pp. 77-79.

²⁸⁵ HERRERA, *La Ley mexicana del Seguro Social*, p. 45.

grupos más significativos de los trabajadores y los empresarios de la República. La conformación del organismo tuvo el propósito de introducir al debate y escuchar las impresiones de un número considerable de organizaciones sindicales y patronales (siete delegados por cada clase social); siguiendo de esa forma las recomendaciones internacionales, en materia de conformación de instituciones de previsión social, que la OIT había hecho en la Conferencia del año de 1939.²⁸⁶ Entre los representantes estatales, empresariales y obreros estuvieron presentes los siguientes nombres y asociaciones que muestra la tabla 7.

Tabla 7. Miembros de la Comisión Técnica

| Representantes Obreros | Organismo |
|----------------------------------|---|
| Francisco J. Macín | Confederación de Trabajadores de México |
| Enrique Calderón | Sindicato Mexicano de Electricistas |
| Eleazar Canale | Sindicato de Trabajadores Mineros |
| Eugenio Salazar | Sindicato de Trabajadores Petroleros |
| Salvador Rodríguez | Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros |
| Elías Hurtado | Sindicato de la Industria Textil y Similares |
| Jesús Robles | Federación de Trabajadores al Servicio del Estado. |
| Representantes patronales | Organismo |
| Agustín García López | Cámara Nacional de Electricistas |
| Antonio Chávez Orozco | Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio e Industria |
| Carlos Prieto | Confederación de Cámaras Industriales |
| Juan B. Solórzano | Cámara Nacional de Transportes y Comunicaciones |
| Enrique Martínez del Sobral | Cámara Minera de México |
| Mariano Alcocer | Confederación Patronal de la República Mexicana |
| Jesús de la Torre | Asociación Nacional de Empresarios de la Industria Textil |
| Representantes estatales | Organismo |
| Miguel García Cruz | Secretaría del Trabajo |
| Felipe Tena Ramírez | Secretaría de Economía |
| Federico Bach | Secretaría de Hacienda |
| Praxedes Reyna Hermosillo | Secretaría de Asistencia Pública |
| Arturo Baledón Gil | Departamento de Salubridad Pública |

Fuente: *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p. 50.

²⁸⁶ Ignacio García Téllez recibió la recomendación de iniciar foros de opinión entre sindicatos y organizaciones patronales del vicepresidente de la OIT, Paul Tixier, durante su visita a México en 1941. El objetivo de esos espacios fue obtener el apoyo social necesario para impulsar las leyes sin ninguna contrariedad. SPALDING, “Social Security Policy”, p. 141.

Como Director de la Comisión se eligió a Miguel García Cruz, ingeniero y consejero de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que fue uno de los asesores de Ávila Camacho durante la campaña presidencial. Su responsabilidad principal fue tratar de imponer los intereses del Estado y defender el postulado de que sólo la colaboración y el entendimiento entre los distintos actores conseguirían crear las bases de un proyecto exitoso. García Cruz tuvo el encargo de conectar las resoluciones de la comisión con las ideas expuestas en la Conferencia del Trabajo de los Estados de América, por eso solicitó la asistencia técnica de Emilio Shoenbaum, miembro del Comité de Expertos en Seguridad Social de la OIT, originario de Checoslovaquia.²⁸⁷ La presencia de Shoenbaum intentó que las deliberaciones de la comisión contaran con un respaldo técnico que diera como resultado un proyecto de resguardo social compuesto por dos características esenciales: un modelo de gestión y un sistema de atención plausibles.

Un programa de protección de la salud y la economía del trabajador

La comisión comenzó oficialmente sus tareas el 31 de junio de 1941. Durante los tres primeros días de deliberación, los delegados designaron a una Subcomisión General la tarea de anotar los razonamientos que se expresaran durante los debates. Los miembros de la subcomisión fueron Miguel García Cruz, como presidente, Agustín García López, como representante de la parte patronal, y Enrique Calderón, como representante del grupo obrero.²⁸⁸ Con esas designaciones se intentó recoger, de forma eficiente, las intervenciones de los miembros y agrupar las propuestas que hicieran referencia directa a la organización del seguro en México y la elección de un conjunto estimable de prestaciones.

Para iniciar la discusión, a principios del mes de julio la Secretaría del Trabajo solicitó a todos los representantes que, antes de expresar sus opiniones, tomaran en cuenta que el fin que perseguían los programas de seguros era “disminuir todo cuanto sea posible las consecuencias de índole económica derivadas de los siniestros que aquejan a la mano de

²⁸⁷ Emilio Shoenbaum (1882-1967) fue un matemático checoslovaco miembro del comité de expertos en seguridad social de la OIT desde la década de 1930. Entre 1931 y 1939 participó en la organización de sistemas de seguridad médica y social en países como Grecia, Ecuador y Chile. SPALDING, “Social Security”, pp. 140-141.

²⁸⁸ Las pocas memorias de la Comisión Técnica que sobrevivieron el paso del tiempo fueron redactadas por los miembros de la Subcomisión General. “Memoria acerca de la Comisión Técnica encargada de elaborar el proyecto de Ley de Seguros Sociales”, 3 de julio de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hojas 1-3.

obra”. Según Miguel García Cruz debido a que amenazas como los riesgos del trabajo, las enfermedades y la invalidez ocasionaban una disminución en el ingreso de los obreros poniendo en riesgo su existencia y fuerza de trabajo, “sus pertenencias más preciadas”, era necesario construir cada propuesta tomando esos hechos como base argumentativa.²⁸⁹

Las partes que conformaban la comisión se adhirieron a las consideraciones del Director y decidieron empezar a precisar un método de gestión administrativa para el programa. La propuesta presentada sugirió que la forma apropiada “de prevenir la pérdida prematura de la capacidades físicas” era comprometer a los trabajadores, empresarios y el Estado con la creación de un Instituto del Seguro Social que, de acuerdo a estudios colectivos de las relaciones laborales, estableciera los parámetros de un régimen de atención a la salud.²⁹⁰ Las representaciones sindicales y empresariales manifestaron que una dirección tripartita podría dirigir la política del seguro con un enfoque de unidad y colaboración que el contexto nacional e internacional señalaban como el más propicio.²⁹¹ Incluso, Elías Hurtado, afiliado al Sindicato de la industria textil, expresó unos meses después en una conferencia en el Palacio de Bellas Artes, tratando de legitimar la decisión, que el instituto del seguro “habrá de ser mañana, antorcha y guía para que México alcance una vida más humana y más justa, hasta lograr que se borren para siempre de nuestra retina, los cuadros de abandono y de miseria que injustamente denigran al movimiento revolucionario”.²⁹²

Los voceros de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y el Departamento de Salubridad Pública coincidieron en que establecer la administración tripartita del seguro era una conclusión adecuada ya que “la intensa lucha contra los riesgos sociales y profesionales constituía un inconveniente que interesaba de un modo vital a las distintas clases de la sociedad”.²⁹³ Además, la experiencia histórica de los grupos empresariales y obreros con las problemáticas laborales del país contribuiría de manera importante en la elección de las ramas

²⁸⁹ “El Estado ante el Seguro Social”, 3 de julio de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hojas 1-2.

²⁹⁰ *Seguro Social y Asistencia Pública*, pp. 10 y 21; y “H. Comisión Técnica Redactora de la Ley de Seguros Sociales”, 7 de julio de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre antecedentes de la Ley del Seguro Social, hoja 2.

²⁹¹ Como se mencionó en el apartado anterior, varios organismos de la Comisión habían tenido la oportunidad de participar en eventos internacionales, como la Conferencia Americana del Trabajo de 1939. Entre ellos la CTM y la Confederación de Cámaras Industriales.

²⁹² *El Seguro Social en México*, p. 22.

²⁹³ *Los sistemas del Seguro Social*, p. 12.

básicas de la protección, como el enfoque del apoyo médico o la difusión de prácticas de previsión social.

El segundo punto de discusión fue intentar estipular un sistema de prestaciones que la infraestructura del país pudiera ayudar a cumplir. Para respaldar la importancia de la cuestión, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y el Departamento de Salubridad presentaron estadísticas que señalaron las peripecias recurrentes entre la clase trabajadora mexicana: los riesgos laborales y sociales. Como se expuso en el apartado anterior, ambos tipos de incidentes fueron acordados durante la Conferencia del Trabajo de los Estados de América de 1939 y fueron considerados, por los asesores estatales, como los conceptos adecuados para representar de forma precisa los problemas del “mundo del trabajo”.

Siguiendo la recomendación de la Conferencia Americana de la OIT, los riesgos laborales fueron definidos como las eventualidades a que estaban expuestos los trabajadores con motivo o ejercicio del trabajo que realizan. Los consejeros gubernamentales también caracterizaron esos riesgos como “acontecimientos con grandes consecuencias” por lo que significaban como pérdida de “energías creadoras para la nación, cuya capacidad de producción disminuye de manera sensible, debido a estos grandes derroches de riqueza humana”.²⁹⁴ Simultáneamente, las estadísticas oficiales revelaron que en el periodo comprendido de 1938 a 1941, esos incidentes alcanzaron la cifra de 135, 392 que se tradujeron, según García Cruz, en más de un millón horas de trabajo perdidas para la producción nacional.

Los riesgos sociales, por otra parte, fueron considerados los sucesos a los que estaban expuestos los individuos que viven en sociedad, como las enfermedades no profesionales y la invalidez. En relación a ese grupo acontecimientos, la Secretaría del Trabajo apuntó, con un tono fatalista, que México experimentaba una crisis de atención a la salud que las investigaciones oficiales podían exhibir. El secretario del trabajo expuso que entre los años de 1937 y 1938 se registraron 456, 540 defunciones de las cuales 31, 475 correspondieron a personas menores de 15 años. Entre las causas que ocasionaron las muertes figuraron 86,016 (18.84%) casos por diarrea; 69,858 (15.30%) por neumonía y 12,769 (2.79%) por bronquitis. También se expuso que la mortalidad infantil, de niños menores de un año, ascendió en ese

²⁹⁴ *Los sistemas del Seguro Social*, pp. 5-6.

mismo periodo a 13%, siendo las causas usuales la neumonía, la diarrea y los percances durante el parto.²⁹⁵

Sin intentar restarle mérito a los esfuerzos gubernamentales en materia de salubridad pública, García Téllez sostuvo que la dificultad para contener las consecuencias desastrosas de los problemas sociales obligaba a los delegados de la comisión a pensar el seguro como “un paso importante para proteger a la parte de la población que interviene de manera más decisiva en la producción y que se encuentra sometida durante todo su vida a los accidentes y las enfermedades”.²⁹⁶ Los inconvenientes que la sociedad mexicana y, en particular, las familias obreras atravesaban para atenuar el impacto económico y sanitario de los peligros sociales generaron un consenso, entre funcionarios gubernamentales, en torno a una mayor intervención de los sistemas de protección sobre la vida cotidiana de la clase laborante. El razonamiento era que ese sector de la sociedad requería medidas defensivas para proteger su salud e integridad, ya que de lo contrario se podrían experimentar grandes pérdidas de “riqueza humana” con notorio quebranto en la salubridad y bienestar nacional.

El primero en opinar sobre el tema fue el grupo obrero. Enrique Calderón, del Sindicato Mexicano de Electricistas, y Francisco Macín, de la CTM, manifestaron que los representantes de los trabajadores estaban de acuerdo en la definición de ambos tipos de riesgos; y también en establecer programas que ayudaran a solucionar sus fatales resultados. No obstante, argumentaron que el verdadero motivo de su presencia dentro de la Comisión era presentar propuestas viables sobre las prestaciones médicas y materiales. De esa manera, sugirieron que la mejor manera de proteger la mano de obra era implantando, dentro de la futura administración tripartita del proyecto, una lógica de atención que privilegiara la prevención y reparación de los daños ocasionados a los trabajadores en desgracia.

La opinión del grupo obrero fue que para reducir el número de horas de producción perdidas era conveniente formar un sistema de salud que superara en eficacia a algunos esfuerzos aislados que ya existían en México.²⁹⁷ Una manera de alcanzar esa meta era

²⁹⁵ “El Estado ante el Seguro Social”, 3 de julio de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hojas 3-4.

²⁹⁶ “El Estado ante el Seguro Social”, 3 de julio de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hoja 4.

²⁹⁷ Antes de 1943 existían algunos procedimientos de auxilio médico para los trabajadores. Esos sistemas podían ser creados por los trabajadores por medio de cooperativas o convenidos por los obreros y los empresarios en

otorgándole al instituto de seguros la función “de devolver a la sociedad brazos y vidas que le hacen falta” por medio de servicios médicos-hospitalarios y centros de salud que pudieran realizar, sin ningún contratiempo, cirugías y actividades de educación profesional para reintegrar lo más rápido posible a los obreros parados involuntariamente.²⁹⁸ Elías Hurtado agregó que tal vez un instituto nacional de seguros no aliviaría de inmediato las peripecias de los trabajadores, pero el diseño de un plan a largo plazo que “diseminara clínicas modernas y servicios sociales” por toda la República ayudaría a “cuidar celosamente de la salud y la vida de miles de asegurados”. Además, “en caso de merma o de pérdida total de las facultades para realizar actividades se podrían fundar centros de readaptación de inválidos”.²⁹⁹

Lo que exteriorizaron los comentarios anteriores es que dentro del imaginario de la delegación obrera estaba presente el “drama social” provocado por el hacinamiento en los centros industriales, la deficiencia de los servicios sanitarios y el aumento de accidentes y enfermedades que mostraban las estadísticas presentadas por los asesores gubernamentales. La convivencia histórica con esos fenómenos sociales/laborales motivó la opinión de que el seguro en México tenía que abarcar, aunque fuera lentamente, todos los incidentes que afectaban a la clase trabajadora durante sus actividades y que las acciones individuales habían demostrado su incapacidad para resolver.

Los empresarios por su parte expresaron desacuerdo con algunas proposiciones de los sindicatos. El 5 de agosto de 1941, esos delegados leyeron un memorándum a la Comisión Técnica que anotó que a pesar de que los datos de la Secretaría del Trabajo corroboraban la crisis que experimentaban muchos mexicanos que dedicaban su vida a las actividades industriales, no se podía formar precipitadamente un proyecto de protección que trastornara la economía nacional. La opinión defendida era que el programa del seguro podía comenzar por la atención de un solo tipo de incidente, cualquiera que se decidiera, ya que “la práctica

los contratos colectivos de trabajo. Los trabajadores del Sindicato Mexicano de Electricistas contaron con un programa de atención médica en caso de accidentes profesionales, contemplados en sus contratos colectivos de la década de 1920. Otro caso fue el del Sindicato Industrial de Trabajadores Mineros Metalúrgicos y Similares de la República Mexicana que durante la década de 1930 acordó con varias empresas mineras de los estados de Coahuila, Chihuahua, San Luis Potosí y Zacatecas la contratación de médicos para la atención particular de los mineros afiliados. *Contrato Colectivo*, p. 5; y CAMACHO, “El trabajo mata”, pp.160-165.

²⁹⁸ “H. Comisión Técnica Redactora de la Ley de Seguros Sociales”, 7 de julio de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre antecedentes de la Ley del Seguro Social, hoja 2.

²⁹⁹ *El seguro social en México*, pp. 21-22.

de un solo riesgo sería fuente de experiencias y de enseñanzas indispensables para el éxito de la implantación escalonada de los seguros sociales”.³⁰⁰

Con ese discurso, los empresarios manifestaron que no permitirían que recayera sobre ellos toda la inversión económica para la construcción de una infraestructura de atención y auxilio tan ambiciosa. Los patrones defendieron que la expansión de las prestaciones era parte de un proceso de acumulación de experiencia y crecimiento de los recursos materiales del plan del seguro social que los trabajadores, empresarios y el Estado podrían acelerar con la decisión colectiva de construir nuevos hospitales, reclutar personal o crear campañas sanitarias. El memorándum concluyó diciendo que una vez que los asegurados y empleadores se hubieran adaptado a la atención de un primer riesgo era “factible continuar el desarrollo del programa de seguros...estableciendo el aseguramiento obligatorio de otro riesgo y así, sucesivamente, hasta lograr la realización de todos ellos” y la expedición de un código de expansión de la protección social.³⁰¹

La exposición de los organismos empresariales aclaró que, al igual que los obreros, estaban de acuerdo con la creación de un sistema de protección que abarcara la mayoría de los riesgos fatales de la vida cotidiana de la mano de obra mexicana. Sin embargo, cualquier método de asistencia debía ser estrictamente calculado, con la participación de los personajes interesados, y crecer metódicamente aprovechando la experiencia que se acopiara de la implementación de prestaciones materiales concretas y en espacios específicos del país (la capital o ciudades de la provincia).

La última cuestión anotada en las memorias de la Subcomisión General fue la discusión sobre quiénes podían recibir los servicios del seguro. De nuevo con tono idealista, el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social mencionaron que al ser el seguro una herramienta del Estado para evitar que la clase trabajadora cayera en condiciones de miseria debido a la reducción de su capacidad de rendimiento, los primeros beneficiados debían ser personas que laboraran en industrias, por cuenta de un patrón, y que recibieran un sueldo que ayudara, por medio de una colaboración

³⁰⁰ “Memorándum”, 5 de agosto de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre antecedentes de la Ley del Seguro Social, hojas 1-2.

³⁰¹ “Memorándum”, 5 de agosto de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre antecedentes de la Ley del Seguro Social, hoja 2.

obligatoria, con el mantenimiento económico de un Instituto de Seguros.³⁰² Con esas consideraciones se mostró que el objetivo gubernamental fue convencer a los delegados que para hacer viable el proyecto era preciso que su aplicación fuera gradual, concediendo prioridad a regiones del país y grupos de trabajadores que por su densidad y acceso a un sueldo fijo ofrecieran las condiciones favorables para su funcionamiento. Esa idea también sugirió que el instituto del seguro debía surgir como un órgano excluyente de muchos sectores, como campesinos y trabajadores informales, por la necesidad pragmática de contar con recursos materiales para resolver la atención que requería la mano de obra industrial.

Las cámaras patronales se mostraron de acuerdo con los consejeros de las instituciones de gobierno y decidieron complementar algunos planteamientos a finales de agosto de 1941. Enrique Martínez del Sobral, representante de la Cámara Minera, solicitó que las declaraciones de los técnicos estatales fueran trasladadas textualmente al futuro proyecto de ley ya que las recomendaciones internacionales, como las de la OIT, definían ese tipo de protección social como un régimen contributivo que se alimentaba del apoyo monetario “del patrón, el trabajador y el Estado en partes iguales”. De acuerdo al miembro de la Cámara Minera sólo respetando el principio de que el seguro era un espacio de “solidaridad”, administrativa y financiera, se evitaría el colapso de diversas áreas de la industria que colaboraban en el desarrollo de la economía mexicana.³⁰³ Así, los empresarios volvieron explicar que no permitirían que recayera sobre ellos la inversión económica del auxilio al trabajador; además sólo aseguraron su participación si se garantizaba el apoyo económico del Estado y la clase trabajadora.

Los empresarios también apoyaron la idea de que los primeros beneficiarios tuvieran un piso inicial definido por regiones. Esos voceros declararon que debido a que los sindicatos recomendaron que las prestaciones privilegiaran la reparación de los daños causados, era prudente que el seguro social aprovechara las ventajas que ofrecían las ciudades o centros

³⁰² *El Seguro Social en México*, pp. 11-13; y “Principios fundamentales de los Seguros Sociales”, 15 de agosto de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hojas 1-2.

³⁰³ “Proposiciones y puntos de vista de los representantes del grupo patronal”, 29 de agosto de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hoja 2.

industriales del país.³⁰⁴ A su consideración el Distrito Federal brindaba el número adecuado de profesionales de la medicina, la infraestructura y la mayor concentración industrial para poner en práctica una política que intentara eliminar las fuentes de la miseria de la clase laborante y generar la mayor aceptación posible desde sus primeros pasos.³⁰⁵

Ante los temas bosquejados, los sindicatos dentro de la Comisión Técnica pronunciaron sus dudas en relación a la creación de un plan de protección “por plazos”. El 31 de agosto, Elías Hurtado se dirigió al doctor Arturo Baledón Gil y al abogado Ignacio García Téllez para manifestarles que la comitiva comprendía el argumento, gubernamental y empresarial, de que para adquirir experiencia y reunir apoyo popular era preciso que el IMSS se centrara en regiones concretas durante sus años iniciales. No obstante, Hurtado sentenció que, por esas circunstancias, las autoridades sólo obtendrían el respaldo del movimiento obrero si se confirmaba que los primeros grupos de trabajadores asegurados gozarían de servicios médicos-farmacéuticos y prestaciones en dinero o especie lo suficientemente organizadas para combatir las consecuencias de los riesgos laborales y sociales.³⁰⁶ Debido a la imposibilidad técnica de expandir rápidamente las prestaciones por toda la República mexicana, los delegados obreros centraron sus reclamos en la idea de que el sistema del seguro estaba obligado a contar, desde su nacimiento, con los recursos humanos y materiales para que ninguna persona afiliada quedara desamparada ante algún accidente o enfermedad.

Por último, el 10 de septiembre Enrique Calderón, representante del Sindicato de Electricistas, añadió que si la situación económica, geográfica o demográfica demostraba que era ineludible establecer el programa en zonas limitadas del país era fundamental que dentro de los estatutos del proyecto de ley quedaría registrado el compromiso oficial de que las autoridades “irían implantando paulatinamente los seguros de todos los riesgos

³⁰⁴ “Proposiciones y puntos de vista de los representantes del grupo patronal”, 29 de agosto de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hojas 1-2.

³⁰⁵ En 1940 el Distrito Federal contaba con el mayor porcentaje de trabajadores industriales del país: 363, 275 (27.5 %) de los 1,319, 163 contabilizados. Además, el investigador Gustavo Nigenda ha señalado que para 1950 la capital contaba aproximadamente con un doctor por cada 600 habitantes. NIGENDA, “The regional distribution of doctors”, pp. 113-114; y *Séptimo Censo*, p. 60.

³⁰⁶ “Memorándum sobre el Seguro Social”, 31 de agosto de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hoja 1.

[profesionales y sociales]...en todo el país, en un plazo breve, que no excederá de tres años, para que queden comprendidos trabajadores de la mayoría de los estados de México”.³⁰⁷

Calderón finalizó diciendo que para salvaguardar el “capital humano”, para pasar de la simple curación de enfermos a la institución de la verdadera protección social, que implicaba la idea de socorro y previsión, era necesario firmar pactos gubernamentales y obreros-patronales que sancionaran que la institución de seguros, desde su origen, además de atender la reparación completa del daño causado a los trabajadores, también generaría “las posibilidades prácticas” para ir extendiéndose a otras zonas del país. Con esas posibilidades se refirió a la edificación o renta de edificios administrativos y hospitalarios y la creación de acuerdos sindicales/empresariales que facilitaran la implantación del proyecto de previsión y de salud en la provincia.³⁰⁸

La promulgación de la Ley del Seguro Social

Las deliberaciones de la Comisión Técnica acabaron a principios de octubre del año de 1941, más de dos meses después de su primera reunión. Si bien los representantes del gobierno declararon que predominaron las diferencias de opinión sobre los convenios, el secretario del trabajo dijo públicamente que en la elaboración de la ley se tomarían en cuenta todos los razonamientos, registrados por la Subcomisión General, “que se encontraban en armonía con la técnica del seguro”.³⁰⁹ Respetando esas declaraciones, en noviembre de 1941 Manuel Ávila Camacho decidió encomendar la escritura del proyecto a una delegación de personajes que tuvieron la oportunidad de asistir a las sesiones de la comisión. Entre los elegidos se encontraron: el ingeniero Miguel García Cruz, el doctor Arturo Baledón y el profesor Emilio Shoenbaum, con el apoyo de los abogados Luis Fernández del Campo y Alfonso Herrera, ambos consejeros legales de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. La intención fue

³⁰⁷ “Bases que propone la delegación obrera”, 10 de septiembre de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hoja 1.

³⁰⁸ “Bases que propone la delegación obrera”, 10 de septiembre de 1941, CUIIGT, Fondo Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedientes sobre estudios y proyectos de la Ley del Seguro Social, hojas 1-2.

³⁰⁹ HERRERA, *La Ley mexicana del Seguro Social*, pp. 50-51.

demostrar a los sindicatos y empresarios que durante el proceso de promulgación de la ley la mayoría de sus recomendaciones serían atendidas.³¹⁰

El gobierno también expresó con esa acción que uno de sus propósitos fue incluir la promulgación de la legislación dentro de los parámetros de la gestión gubernamental conocida como la “Unidad Nacional”. Por medio de esa estrategia intentó estabilizar el sistema político, dañado por la contienda electoral de 1940 y la agitación internacional de la Segunda Guerra Mundial, apelando, como mencionó Ávila Camacho durante su toma de protesta, a un espíritu de unidad que eliminara la búsqueda del provecho individual “exclusivo de sectores aislados” por la construcción del bienestar común que “no rompa la solidaridad del pueblo”.³¹¹

De ese modo, la supuesta “aura” de colaboración que se le adjudicó a la Comisión Técnica se reprodujo en otros compromisos que intentaron minimizar los conflictos de clase y mantener la estabilidad socioeconómica durante la convulsa década de 1940. Algunos ejemplos de ese proceso fueron la reforma de la Ley Federal del Trabajo, en marzo de 1941, y el Pacto de Unidad Obrera, firmado en junio de 1942. Esos tratados pretendieron aumentar la regulación de las autoridades sobre las organizaciones laborales y empresariales al comprometerlos a someter sus disputas a la Secretaría del Trabajo y suspender todas las huelgas o disputas para cooperar, con evidente tono bélico, en la “batalla de la producción” mediante la disciplina laboral y la modernización de los procesos industriales.³¹² Como se puede inferir, la redacción de la Ley del Seguro se situó en un periodo en el que el discurso y la actividad política de construcción de alianzas interclasistas propiciaron un contexto favorable y de poca resistencia.

Respaldada por la retórica y el aparato estatal, la delegación comisionada para escribir la iniciativa trabajó sin mayores desafíos durante seis meses, hasta que el 3 de julio de 1942 Miguel García e Ignacio García Téllez presentaron el anteproyecto de la ley. Los dos técnicos de gobierno le expresaron al Presidente de la República que para la elaboración del

³¹⁰ “Historia del Seguro Social en México”, 1 abril de 1955, Archivo Histórico de El Colegio de México (AHCM), Archivo Incorporado “Ignacio García Téllez” (AIIGT), sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 70, hojas 1-2.

³¹¹ TORRES, “México en la Segunda Guerra Mundial”, pp. 273-274.

³¹² DION, *Workers and Welfare*, p. 70; y MEDINA, “Del cardenismo al avilacamachismo”, pp. 290-293.

documento tomaron en cuenta todos los testimonios acopiados en los eventos sobre el tema, como se prometió a la sociedad mexicana en noviembre de 1941.

Con detalles técnicos, Miguel García explicó que recopilando algunos puntos de encuentro, apuntados por la Subcomisión General, el anteproyecto definió al seguro como un sistema contra la pérdida de salario que trataba de cubrir y prevenir los riesgos más recurrentes que afectaban la estabilidad en su percepción.³¹³ También estableció que para obtener los fondos requeridos para el programa de atención social la contribución económica se haría en forma tripartita y ascendería a una cantidad equivalente al 12% del volumen anual de los salarios pagados. El gobierno contribuiría con el 3% del salario de los trabajadores, estos aportarían una cantidad de igual porcentaje y los patrones 6% sobre el mismo salario. Además, la contribución económica otorgaba a los “actores de la producción” el derecho a participar en la administración del seguro y decidir la gestión de sus recursos económicos y materiales.³¹⁴ Se puede percibir que en la introducción de la ley quedó anotada la idea recurrente, dentro de la Conferencia Americana del Trabajo, sobre la ineludible preponderancia del Estado, la clase trabajadora y los empresarios en la organización de los programas de protección de la salud.

Por otra parte, los técnicos estatales mencionaron que constituyeron un código integral de prestaciones, con numerosos beneficios para la mano de obra, que abrigaba “las enfermedades y los accidentes del trabajo, las enfermedades generales, la maternidad, la muerte y la cesantía en edad avanzada”. En esta forma, en caso de incidentes profesionales se le otorgaría a la víctima totalmente incapacitada, una pensión durante el resto de su vida que ascendería hasta el 60% de su salario. En caso de incapacidad parcial la pensión se determinaría en proporción con el nivel del daño causado por los incidentes. Por otra parte, para proteger al obrero contra los accidentes o enfermedades, la iniciativa prometió construir y ofrecer un régimen de asistencia médica, sanitaria, educativa y hospitalaria. Tratándose de la maternidad la mujer asegurada tendría derecho a apoyo médico durante el embarazo y gozaría de un subsidio durante los 42 días anteriores al parto y los 42 posteriores.³¹⁵

³¹³ *Anteproyecto de Ley del Seguro Social*, p. 21.

³¹⁴ *Anteproyecto de Ley del Seguro Social*, p. 34.

³¹⁵ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p. 52.

En cuanto a la vejez, el proyecto otorgaba a los obreros que hubieran cumplido 65 años de edad pensiones vitalicias que fluctuarían entre el 34% y el 80% del salario, siempre que tuvieran 13 años y medio de afiliación al seguro. Si los asegurados eran víctimas algún acontecimiento fatal, además de los gastos del entierro, se concedería esa pensión a la viuda y a los hijos menores de 16 años para evitar que la familia quedará en peligro de experimentar la miseria durante el resto de sus vidas.³¹⁶

La estructura del programa de protección social fue explicada durante la lectura de las bases del anteproyecto. En primera instancia se ratificó que para la organización del sistema del Seguro Social se decretaba la creación de una institución de servicio público descentralizado y con libre disposición de su patrimonio, que se denominaría Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esa institución se encargaría de elegir y vigilar las diversas ramas del seguro, satisfacer las prestaciones establecidas por la ley, celebrar los contratos requeridos y recaudar los recursos necesarios para cualquier servicio o actividad. La institución se integró por los órganos tripartitos presentados en la tabla 8.

Tabla 8. Órganos del IMSS

| 1. La Asamblea General | 2. El Consejo Técnico | 3. La Comisión de Vigilancia |
|--|---|--|
| Formada de 30 miembros (10 del gobierno, 10 de las organizaciones patronales y 10 de los sindicatos de trabajadores). Era la autoridad suprema del IMSS. Le correspondía discutir y aprobar los planes de trabajo anuales. | Compuesta por 6 miembros (2 del gobierno, 2 de las organizaciones patronales y 2 de los sindicatos de trabajadores). Se encargaría de planear las inversiones de los fondos económicos y realizar los estudios socioeconómicos para expandir el IMSS por todas las regiones del país. | Constituida por 9 miembros (3 del gobierno, 3 de las organizaciones patronales y 3 de los sindicatos de trabajadores). Sus principales atribuciones serían vigilar el correcto funcionamiento de las inversiones económicas y de las prestaciones del Seguro Social. |

Fuente: *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p.52.

Simultáneamente, se creó la figura del Director General, el cual era designado por el Poder Ejecutivo. Sus funciones serían las de ejercer los acuerdos del Consejo Técnico, representar al IMSS ante las autoridades administrativas y judiciales, y nombrar a los empleados subalternos de cualquier rama de prestaciones. En palabras del abogado Alfonso Herrera, la razón de ese ordenamiento fue satisfacer la solicitud de los trabajadores y

³¹⁶ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p.52.

empresarios de crear “una estructura democrática” que garantizara una “idéntica situación al defender los intereses de sus representados y obtener así que el desenvolvimiento del sistema sea el producto del entendimiento”.³¹⁷ En ese punto se “sellaba”, aunque fuera de forma simbólica y teórica, que en un principio las clases obreras y patronales compartirían con las autoridades de gobierno la elección de los enfoques de asistencia y el control de los recursos económicos.

En otra cuestión, la exposición de motivos reveló que el IMSS se formaba para reunir en un solo organismo el resguardo de la salud y la formación de servicios sociales necesarios para el bienestar colectivo de la “población productiva del país”. Ese rasgo institucional trató de enlazarse con el convenio obrero-patronal, formado en la Comisión Técnica, que interpretó que sólo un programa amplio (que incluyera métodos de asistencia médica, medidas de salubridad y previsión social) “podría cuidar eficientemente las energías humanas” para evitar derroches innecesarios en el ejercicio de las actividades laborales y cotidianas.³¹⁸

El enfoque de las prestaciones y el tipo de riesgos comprendidos dentro del proyecto requirieron una explicación compleja para vincular los comentarios “contrapuestos” expresados en eventos de las secretarías de gobierno. Así, en el capítulo 1, artículo 2, de la iniciativa de ley se precisó que el Seguro Social atendería los problemas que amenazaban al obrero “por el equipo mecánico que maneja o por las condiciones del medio en que actúa” y que fatalmente acarrearían el deterioro de su salud.³¹⁹ Esos sucesos eran los riesgos laborales y los riesgos sociales, estos últimos representados en las enfermedades generales, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Emilio Shoenbaum declaró que la justificación de aquella elección fue que la atención de los incidentes fatales, mediante un sistema de protección, constituía una de las exigencias de las sociedades interesadas en su desarrollo económico, “toda vez que la creciente mecanización de la industria, la insalubridad e intensidad de la vida moderna” hacían considerablemente peligrosa la existencia de los obreros y “determinaban un gran número de siniestros que se traducen en la pérdida de la

³¹⁷ HERRERA, *La Ley mexicana del Seguro Social*, p. 218.

³¹⁸ *Anteproyecto de Ley del Seguro Social*, p. 53.

³¹⁹ HERRERA, *La Ley mexicana del Seguro Social*, pp. 59-60; y *Anteproyecto de Ley del Seguro Social*, p. 21.

potencialidad económica de un país a consecuencia de la incapacitación para el trabajo de gran número de elementos económicamente activos”.³²⁰

El armazón teórico del seguro reconoció, por medio del discurso de Shoenbaum, que las relaciones de los seres humanos con sus actividades laborales y las carencias socioeconómicas del “mundo moderno” (falta de infraestructura médica, insalubridad, privación económica) enfermaban. Poco importaba quién fuera o no el culpable de los riesgos, lo que interesaba era que existían daños físicos y, en virtud de ellos, las instituciones del seguro social debían remediarlos si estos llegaban a ocurrir.

Los doctores Arturo Baledón y Gaudencio González también se encargaron de defender la propuesta, registrada en el artículo 65 del anteproyecto, que manifestó que el IMSS era el único encargado de formular las disposiciones conforme a las cuales habría de realizarse la asistencia del seguro en México. Para ambos médicos la tentativa de que una sola entidad atendiera todos los riesgos era una solución lógica, para los problemas de la mano de obra, que permitiría la combinación de los elementos fundamentales “para la instalación de servicios médico-quirúrgicos dotados de los recursos que la ciencia contemporánea aconseja”.³²¹ Los voceros del Departamento de Salubridad explicaron que la vigilancia conjunta de los problemas laborales y sociales contribuiría a crear un programa que atendería, como nunca en el pasado, de forma coordinada los incidentes que amenazaban con deteriorar la fortaleza de gran cantidad de mexicanos. De esa forma, los servicios del IMSS fueron expuestos como elementos clave en un proyecto médico y de civilización que apoyaría el buen estado social y de salud de los trabajadores y trabajadoras.

Para tranquilizar a las cámaras patronales, Miguel García pronunció, en su exposición, que al ser la primera vez que una institución ponía en práctica servicios de tales proporciones y como “no existen experiencias previas que permitieran poner en movimiento todo el mecanismo del sistema”, en la iniciativa se dejaba al Poder Ejecutivo y al consejo tripartito “la facultad de determinar las fechas y circunscripciones territoriales en que se implantarán los diversos ramos del seguro”.³²² El ingeniero también aseveró que el ritmo de expansión del IMSS se analizaría después de un “periodo preparatorio suficientemente largo”

³²⁰ HERRERA, *La Ley mexicana del Seguro Social*, p. 67.

³²¹ *Los sistemas del Seguro Social*, p. 8.

³²² *Anteproyecto de Ley del Seguro Social*, p. 36.

en demarcaciones que por su densidad poblacional, situación geográfica y desarrollo de servicios públicos (hospitales, vías de comunicación, transporte) “sumaran prácticas para ser replicadas” en otros lugares del país.³²³

Las autoridades dejaron en claro con esas notas que la aplicación del seguro tendría primero que adaptarse, como propusieron los empresarios en agosto de 1941, a la elaboración de compromisos entre asegurados y empleadores para que ambos grupos conocieran tanto sus obligaciones como sus derechos frente al nuevo sistema. Manifestaron también que la influencia del Instituto se reduciría, durante sus primeros años, a sitios donde los recursos administrativos, financieros y de infraestructura lo permitieran. Se concluyó que la defensa de los obreros, contra las “desgracias sociales”, sería conducida por los programas de salud del IMSS desde una ubicación privilegiada que permitiera el control de las autoridades estatales y el apoyo de los organismos empresariales y patronales más significativos de México.

Como se pudo analizar, los representantes gubernamentales pretendieron demostrar que el bosquejo de ley fue escrito de manera balanceada; sopesando los razonamientos de los actores sociales. Al mismo tiempo, ese documento registró dos compromisos, en primer lugar ratificó que desde los pasos iniciales del seguro garantizaría la reparación de los daños a los trabajadores afiliados por medio de servicios eficientes que obtuvieran la confianza de la sociedad. En segunda instancia, afirmó que la ampliación del IMSS por el territorio nacional se realizaría de forma calculada, observando los resultados y las reacciones obrero-patronales en sitios específicos, para tratar de no entregar prestaciones deficientes o afectar los intereses socioeconómicos en diversas regiones del país.

Dos dictámenes confirmaron los acuerdos expuestos en el párrafo anterior. El primero fue realizado por la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que tuvo lugar en Santiago de Chile en septiembre de 1942. Durante esa conferencia la ley mexicana fue presentada por Miguel García Cruz a secretarios del trabajo, médicos y expertos en seguros sociales de 21 países del continente americano.³²⁴ Al final de la exposición, la legislación fue calificada por el consejero de seguridad social de la OIT (Oswald Stein) como un “un plan

³²³ *El Seguro Social en México*, p. 25.

³²⁴ Entre los países asistentes a la Conferencia se pueden destacar Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Panamá, Perú y Uruguay. *Actas de la Primera Conferencia*, pp. 9-22.

audaz” con el cual enfrentar “las crudas realidades médico-sociales de la mano de obra”. Sin embargo, lo que impresionó a los asistentes fue la capacidad de sus redactores de equilibrar, de forma “sólida y ordenada”, las inquietudes de empleadores y sindicatos para obtener una propuesta paulatina pero ambiciosa para México.³²⁵

El segundo dictamen se presentó ante el XX Consejo Nacional de la CTM, el 24 de octubre de 1942. En frente a un auditorio de 500 personas y de Fidel Velázquez, secretario general de la CTM, el abogado García Téllez mencionó que la implantación del seguro se convertiría en el factor principal del “mejoramiento de los trabajadores porque tenderá a cuidar su capacidad biológica en forma restauradora” y a solucionar los incidentes que “minan su capacidad económica”. No obstante, el secretario del trabajo solicitó al movimiento obrero organizado paciencia para que los primeros años del IMSS recolectaran, sin mayor problema, información que contribuyera a expandir sus prestaciones por todas las entidades de México y formar una “clase trabajadora enérgica; capaz de seguir avanzando en las conquistas sociales”.³²⁶ Las impresiones exteriorizadas en los dos eventos aspiraron a convencer a empresarios y trabajadores que debido a su participación en la construcción de los fundamentos de la iniciativa, estaban obligados a colaborar en la implantación eficaz del IMSS que podría solucionar, paso por paso, las precarias condiciones laborales y de atención social en México.

De esa manera, en plena campaña de propaganda que intentó resolver dudas o inconformidades, el Presidente Ávila Camacho firmó la Ley del Seguro Social el 10 de diciembre de 1942 y la envió al Congreso de la Unión. Las Cámaras de Diputados y de Senadores aprobaron el proyecto por unanimidad 19 días después. Rápidamente y sin manifestaciones de oposición, la Ley del Seguro Social fue expedida por el Poder Ejecutivo el 31 de diciembre de 1942. A partir de ese momento, como explicaremos en el siguiente capítulo, el Instituto tuvo que enfrentar la construcción, “desde cero”, de un sistema de protección que asegurara la restauración satisfactoria de los daños de sus afiliados, y las difíciles reacciones de obreros y patrones ocasionadas por sus primeras interacciones con las prestaciones del seguro.

³²⁵ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, pp. 53-54; y *Actas de la Primera Conferencia*, pp.174-175.

³²⁶ *La Confederación de Trabajadores de México y el seguro social*, pp. 14-15.

Capítulo 5. Los primeros pasos del IMSS en la Ciudad de México, 1943-1948

La creación IMSS, en el año de 1943, fue considerado uno de los grandes logros de los gobiernos emanados de la Revolución Mexicana. Crónicas, libros conmemorativos y estudios académicos han señalado que el nacimiento del Instituto fue el resultado del esfuerzo político del Presidente Manuel Ávila Camacho y sus técnicos de Estado.³²⁷ A partir de esa interpretación se construyó un relato histórico que exaltó la participación de secretarios de gobierno e instituciones gubernamentales en la construcción de la institución. Ese hecho provocó que el estudio de sus proyectos de expansión territorial, creación de redes de asistencia médica y las reacciones de los afiliados quedaran en segundo plano.

Este capítulo analiza los primeros pasos del IMSS en la Ciudad de México y apunta los intereses de los personajes (obreros, médicos, técnicos) que con sus actos produjeron y actualizaron las prácticas institucionales. Esta perspectiva permite ampliar el abanico de actores implicados en el nacimiento de la institución y entender su desarrollo como el diálogo de intereses de diversos actores que procuraron brindar respuestas sobre cuestiones consideradas prioritarias en un momento determinado.

Reconstruiré los primeros pasos de los servicios médicos/sociales del Instituto en la capital de la República Mexicana: sus recursos materiales y humanos. Además, expondré las experiencias y las reacciones de los trabajadores afiliados.³²⁸ Ambos procesos me permitirán mostrar que los primeros años del IMSS no fueron para nada tranquilos y alentadores, sino llenos de acaloradas discusiones y manifestaciones de descontento que acabarían por definir los proyectos futuros de la institución.

Presentar la novedad

Con el respaldo de la Ley del Seguro Social, promulgada el 31 de diciembre de 1942, surgió el IMSS el 19 de enero de 1943. El documento legislativo estableció que, para la organización y gestión del sistema de seguro, se crearía un organismo descentralizado con domicilio en la

³²⁷ GARCÍA, “La seguridad social”, pp. 500-501.

³²⁸ Diversos historiadores latinoamericanos ya señalaron la necesidad de analizar la experiencia de los trabajadores en los estudios sobre los servicios de los organismos de protección social, con el objetivo de construir una imagen completa de las prácticas institucionales. Algunos ejemplos son: VENEROS, “Aspectos médicos, legales y culturales tras el trabajo industrial de obreros y obreras”; y RAJCHENBERG, “México en la Revolución: la lucha del proletariado”.

Ciudad de México. Las funciones esenciales del Instituto serían administrar las diversas ramas del proyecto, recaudar las cuotas y demás recursos, satisfacer las prestaciones que se establecían en la ley y organizar el funcionamiento de las mismas.³²⁹ Aunque la legislación indicó que el IMSS sería dirigido de forma tripartita por representantes del Estado, el sector patronal y los trabajadores, distribuidos en una Asamblea General, un Consejo Técnico y una Comisión de Vigilancia; el Presidente Manuel Ávila Camacho señaló que el Director General, designado por él, se encargaría durante todo un año de “presentar las novedades en materia de protección para los trabajadores mexicanos” y de gestionar la organización de los elementos materiales del nuevo organismo.³³⁰

El licenciado Vicente Santos Guajardo asumió el puesto de Director General en enero de 1943, en una pequeña oficina ubicada en la avenida 16 de septiembre número 10 de la Ciudad de México. La designación de Santos Guajardo fue presentada como una gestión corta y estratégica debido a que Ignacio García Téllez, el principal candidato y uno de los promotores del seguro, regresó el año de 1943 a su natal León, Guanajuato, para vigilar las elecciones estatales. El Presidente Ávila Camacho tomó en cuenta la experiencia del “Licenciado Vicente como subsecretario del trabajo” y colaborador cercano de García Téllez para encargarle la estructuración y difusión del plan durante sus pasos iniciales.³³¹ En los primeros meses de su existencia, la Dirección organizó foros en los que varios oradores expusieron las posturas detrás de la creación del Instituto a distintos trabajadores de la capital del país. El objetivo de la propaganda fue aminorar las reacciones negativas y enseñarle a los potenciales afiliados, y la población en general, que la misión del IMSS era “proteger las energías productoras de la riqueza... amparando ampliamente los hogares de los trabajadores, en los instantes de angustia, de tragedia y en las aflictivas enfermedades causadas por las largas faenas”.³³²

Diversos programas radiofónicos y la prensa comenzaron a anunciar espacios de diálogo en los que la sociedad podría conocer los beneficios del seguro en la ciudad. En esos

³²⁹ ARCE, *Alemán y el Seguro Social*, p. 72.

³³⁰ *El seguro social en México*, pp.7-8 y 28-32.

³³¹ Vicente Santos Guajardo (Villa Progreso, Coahuila 1895-1962) fue consciente de lo concretas que serían sus labores como Director del IMSS ya que en enero de 1944 aceptó el cargo de subsecretario de relaciones exteriores. *Los Rostros del IMSS*, p. 25

³³² *El seguro social en México*, p. 16.

anuncios se informó que las exposiciones se presentarían de forma sencilla y breve para obtener la mayor trascendencia posible.³³³ Crear un espíritu de confianza por medio de un lenguaje accesible se convirtió en la meta de los primeros empleados del IMSS. Precisamente, durante todo el año de 1943, Santos Guajardo contrató a diversos conferencistas, entre los que destacaban médicos y abogados, que se presentaron en teatros, sindicatos y medios de comunicación para explicar los parámetros y avances de la administración del seguro. Entre los eventos más importantes se puede mencionar los “Ciclos de conferencias sobre el seguro social” celebrados, entre enero y junio de 1943, en varios lugares de la capital del país como el Palacio de Bellas Artes y la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. En esos ciclos participaron el abogado P. Reina Hermosillo, el ingeniero Miguel García Cruz y los doctores Gaudencio González y Manuel Martínez Báez.³³⁴

La ponencia de los dos médicos mencionados fue presentada en Bellas Artes a grupos de trabajadores entre los que destacaban obreros de la empresa minera Real del Monte, tranviarios y albañiles de la Ciudad de México. Como los oradores mencionaron, su intención era enseñar a las clases laborantes los beneficios que el Instituto podía representar para su salud y bienestar. En concreto presentaron una exposición titulada *El seguro social y las enfermedades*, una cuestión de gran interés entre las organizaciones obreras, que reconoció que “no menos de un 20% de la población activa de los trabajadores, por causa de enfermedades, se elimina”.³³⁵ Aunque no presentaron cifras concretas, los voceros aceptaron discursivamente que el trabajo en México disminuía un buen porcentaje de la fuerza humana. Por esos argumentos, González pidió a su auditorio que le otorgara toda su confianza a la institución cuando el departamento de servicios médicos abriera sus puertas, ya que ofrecería tres formas fundamentales de protección que intentarían disminuir las cifras pesimistas: prevención de los riesgos, tratamiento de las víctimas e indemnización material por las consecuencias del daño ocasionado. En otras palabras, el seguro debía ser visto como una

³³³ WILSON, “The Corporatist Welfare State”, pp. 109-113.

³³⁴ Varios oradores de los ciclos de conferencias ocuparon puestos importantes en el organigrama del IMSS: Miguel García Cruz fue Secretario General del IMSS de 1943 a 1958. Por su parte, Gaudencio González fue el primer Director de medicina del Instituto en 1944. Manuel Martínez, aunque no desempeñó ningún puesto en el IMSS, fundó el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1939. *Los rostros del IMSS*, pp. 14-46.

³³⁵ *El seguro social en México*, p. 400.

nueva forma de intervención que idealmente “podrá combatir las enfermedades y accidentes con los mejores medios que las organizaciones sociales disponen” como médicos e inspectores, proyectos de educación industrial y sistemas de indemnizaciones que ofrecerían asistencia médica y farmacéutica.³³⁶ Como se mencionó en el capítulo anterior, el doctor González asistió a la Conferencia del Trabajo de los Estados de América de 1939 lo que influyó para que planeara que, al menos en ese primer instante, los servicios del IMSS se concentrarían en un método, muy cercano a los postulados de la medicina social, que atendería los factores económicos y educativos que perjudicaban a la mano de obra mexicana.

Junto a la explicación de las bases teóricas, también se enumeraron un buen número de promesas materiales. Según los conferencistas “las nuevas concepciones de la medicina obligan a cualquier régimen de seguros a intervenir activamente en la vida cotidiana de los obreros”.³³⁷ Se prometió al auditorio que el Instituto se vincularía con los principales organismos del Estado para contar desde los primeros días de sus funciones con los recursos humanos y materiales necesarios para atender proyectos de prevención de accidentes y programas de atención médica eficientes para todas las eventualidades. La confianza que se debía ofrecer al IMSS se basaba, de acuerdo a los doctores González y Martínez, en la idea de que esa institución ayudaría a adecuar la actividad industrial a mejores condiciones de prevención de crisis sanitarias, a continuar impulsando políticas de protección social que produjeran nuevos centros de atención médica y a aumentar la tendencia a valorar lo que la actividad científica podía ofrecer para solucionar los problemas del Estado mexicano.

Entre mayo y junio de 1943, el ingeniero Miguel García Cruz en diversas circulares enviadas a organizaciones obreras, como la CTM y la CROM, presentó su escrito titulado *El seguro social como función de interés público*. El discurso de García Cruz era mucho más propagandístico y apelaba a los sentimientos de las clases trabajadoras. Casi como una ceremonia militar, el ingeniero García Cruz sugería a las confederaciones mexicanas que les recordaran a sus miembros que tenían la obligación de defender al seguro social y convertirse en

cerebros conscientes, mentalidades fecundas que a la luz de las nuevas ideas políticas desentrañen los males que frenan la marcha ascendente de las conquistas económicas,

³³⁶ *El seguro social en México*, p. 401.

³³⁷ *El seguro social en México*, pp. 401-402.

de la cultura y del progreso...para que liquiden para siempre la situación deprimente y dolorosa que les impide luchar por la existencia, y que se acabe para siempre con la miseria del pueblo.³³⁸

El discurso reclamaba el respaldo de los trabajadores organizados de la capital, recordándoles que “la nación tiene un capital supremo que es el hombre” que se encontraba amenazado por la “maquinización industrial y el agotamiento físico”, por lo que debían convertirse en la primer línea de defensa del seguro ante las críticas o la desconfianza de otros sectores de la sociedad.³³⁹ Las ideas de los oradores de los ciclos de conferencias recibieron respuesta inmediata de las organizaciones obreras más importantes de país. La CTM y la CROM declararon públicamente que apoyarían al IMSS en las labores de difusión y explicarían a sus miembros los diversos programas de atención social una vez que estuvieran establecidos.³⁴⁰ Sin embargo, líderes sindicales como Fidel Velázquez reconocieron en varias ceremonias que era difícil transmitir “los ideales del seguro social” a la totalidad de trabajadores que experimentarían las primeras acciones inciertas de la institución. Por ejemplo, durante el XX Consejo Nacional de la CTM, Fidel Velázquez e Ignacio García Téllez coincidieron al explicarles a los obreros presentes en el evento que los primeros pasos del seguro serían “los más difíciles e inseguros”, debido a la inexperiencia de los directivos y la población afiliada que “inevitablemente ocasionarían varias confrontaciones, errores y malas interpretaciones de las labores del IMSS”.³⁴¹

“Segura inseguridad”

Las palabras del Secretario General de la CTM parecieron predecir un inicio de funciones problemático para el IMSS, ya que la institución enfrentó diversos retos entre los años de 1943 y 1944. La primera labor a la que debió dedicarse el organismo fue investigar las condiciones en las cuales podía desenvolver sus procedimientos. En marzo de 1943, la Dirección decidió que el seguro iniciaría sus funciones en el Distrito Federal, debido a que era el espacio del país con la mayor concentración industrial.³⁴² Como argumenta el

³³⁸ *El seguro social en México*, p. 365.

³³⁹ *El seguro social en México*, p. 366.

³⁴⁰ DION, “The Political Origins of Social Security”, pp. 74-75.

³⁴¹ *La Confederación de Trabajadores de México y el seguro social*, pp. 16-23.

³⁴² Entre las décadas de 1940-1950 la ciudad contaba con un porcentaje elevado de los trabajadores industriales del país, un 27.5 % del total. Es decir, un total de 363, 275 obreros de los 1,319, 163 contabilizados. *Séptimo Censo*, p. 60.

sociólogo Carmelo Mesa-Lago, los factores del entorno administrativo fueron cruciales en la decisión de quiénes debían ser los primeros beneficiarios. En un primer instante, resultó más fácil concentrarse en los obreros urbanos. Estos se hallaban concentrados en un espacio focalizado (las ciudades), ganaban salarios que podían contribuir en el financiamiento del sistema y tenían empleadores con capacidad de pago.³⁴³ A la par, la capital permitía obtener, en volumen y grado, experiencias directas para poder ir expandiendo gradualmente los servicios a los demás centros poblacionales.³⁴⁴ Se estableció, con la aprobación del Poder Ejecutivo, que el seguro iniciaría su funcionamiento en el Distrito Federal en enero de 1944. Esta decisión ratificaba la preponderancia del mundo urbano como espacio fundamental desde donde se percibían los problemas sociales y desde donde se diseñaban los programas de protección a la salud.

Con todo y lo acotado del territorio, la puesta en marcha del seguro, el 7 de enero de 1944, condicionó gravemente los recursos materiales del IMSS. Los “arquitectos,” del organismo señalaron con meses de anticipación que no se contaba con los recursos suficientes para iniciar el sistema. Por lo tanto, Vicente Santos Guajardo se dedicó en los primeros días de su administración a escoger a los miembros del Consejo Técnico que le ayudaran a crear vínculos con órganos gubernamentales que le otorgaran elementos humanos y materiales. Los representantes patronales seleccionados para el Consejo fueron el empresario de telecomunicaciones Emilio Azcárraga Vidaurreta y Agustín García López; en representación de los trabajadores fueron elegidos el afiliado a la CTM Francisco Macín y Reynaldo Cervantes Torres de la CROM; y por parte del Estado participaron el economista Antonio Carrillo Flores y Alfonso Díaz Infante.³⁴⁵

Las actividades que se establecieron dentro del Consejo Técnico, durante el primer año, fueron para poner en marcha a la institución por lo que fue prioridad articular un equipo de trabajo para proceder a la afiliación y atención de los trabajadores. Siguiendo esa voluntad, los primeros departamentos fueron los de Afiliación y Estadística, Estudios Económicos y el de Servicio Médico. Ese último departamento fue pensado como la columna central del

³⁴³ MESA-LAGO, *Modelos de seguridad social*, p. 22.

³⁴⁴ Los datos demográficos recabados por las juntas técnicas calcularon alrededor de 480 mil posibles afiliados, entre trabajadores y sus familias, al IMSS en el Distrito Federal. *México y la seguridad social*, tomo II, parte I, pp. 43-44.

³⁴⁵ *Memoria y Plan de Labores 1945*, pp. 18-19.

Instituto en sus años iniciales, ya que el correcto desarrollo de sus funciones podría generar confianza entre los derechohabientes. Por ese motivo, Vicente Santos y el Consejo Técnico decidieron nombrar como Jefe del Servicio Médico al Dr. Gaudencio González Garza, médico que, como se mencionó líneas arriba, tuvo la oportunidad de participar en congresos internacionales organizados por la OIT y que además laboró como conferencista del Departamento de Salubridad, lo que le permitió entablar relaciones profesionales con las principales instituciones de salud del Estado mexicano.³⁴⁶

Aquella designación empezó a entregar resultados cuando la Secretaria de Asistencia Pública ofreció ayuda para establecer los servicios médicos del seguro. González Garza mencionó en mayo de 1943 que la Secretaria de Asistencia, por medio de su petición, “ofrece al Instituto la posibilidad de poner a su disposición 740 camas”. También, dicha dependencia de gobierno se comprometió a prestar edificios hospitalarios para poner en marcha los servicios de medicina general. Entre las instalaciones brindadas se señalaron el Manicomio General y algunos pabellones del Hospital General de la ciudad.³⁴⁷ De ese modo, las actividades del seguro dependieron de la capacidad de negociación de los altos mandos directivos.

A la dificultad para conseguir espacios adecuados se le sumó la carencia de recursos humanos. La relación entre el número de empleados y derechohabientes era escandalosa. En los primeros meses de 1944 el personal médico del IMSS (doctores, enfermeras, farmacéuticos, técnicos) era de 1,000 empleados para un total de 138,741 obreros afiliados.³⁴⁸ La precaria realidad de los recursos médicos ocasionó que los servicios otorgados a los derechohabientes fueran solamente los básicos, como consultas y curaciones de primeros auxilios.

Los titubeos fueron aprovechados por varios sectores escépticos de la sociedad. Algunos grupos empresariales, como la Cámara Nacional Cinematográfica y la Confederación de Cámaras Industriales, señalaron que la instauración de “servicios médicos de calidad” era imposible debido a la “situación extraordinaria” que vivía la economía del

³⁴⁶ *Los rostros del IMSS*, pp. 26-27.

³⁴⁷ “Actas y apéndices del primer año de labores del IMSS”, 22 de mayo de 1943, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 1, fojas 1-2.

³⁴⁸ GARCÍA, *La Seguridad Social en México. Bases, evolución*, pp. 100-105.

país durante la Segunda Guerra Mundial. Con aquel argumento, esas organizaciones propusieron que el IMSS debía comenzar a funcionar cuando el conflicto bélico llegara a su fin y las condiciones económico/financieras se estabilizaran.³⁴⁹

Por otra parte, a pesar de los esfuerzos de los oradores del IMSS, en más de una ocasión se registraron expresiones de descontento entre los trabajadores de la ciudad.³⁵⁰ El caso más significativo se presentó el 26 de marzo de 1944, con el ataque a la clínica número 8, ubicada en la Plaza del Carmen de la Ciudad de México. Las crónicas relataron que ese día cerca de un centenar de individuos, que portaban carteles en los que se leyó “Fabrica de Hilados y Tejidos La Hormiga”, llegó frente al edificio de dicho centro clínico. Después de finalizar la concentración las personas reunidas comenzaron a lanzar piedras contra las ventanas. Los trabajadores entraron a la clínica y destrozaron vitrinas e instrumentos quirúrgicos, al mismo tiempo médicos y enfermeras fueron golpeados. Según la prensa de la época, los destrozos se valoraron en más de 10,000 pesos.³⁵¹ Como se puede inferir, los actos de violencia contra el IMSS fueron momentos excepcionales que expresaron el desagrado, de un grupo de trabajadores, ante las nuevas dinámicas que significaron las prestaciones del seguro social. En particular, al entrevistarse con el diario *El Universal* el Sindicato de Trabajadores de la Industria Textil, al que pertenecían los obreros la fábrica “La Hormiga”, pronunciaron la preocupación de que el seguro les arrebatara la influencia que tenían sobre sus servicios médicos. En el artículo mencionaron que “a través de años de lucha” habían logrado que sus contratos obligaran a los patrones a otorgarles servicios hospitalarios y farmacéuticos privados, por lo que no estaban “entusiasmados” en afiliarse hasta que las autoridades les prometieran un servicio similar con las que pudieran aminorar sus preocupaciones.³⁵²

Aquellas manifestaciones preocuparon a la Dirección. La comunicación del Presidente de México con Santos Guajardo demostraron el intentó por mejorar la opinión pública sobre el IMSS; incluso Ávila Camacho mencionó al Director del Instituto en una carta que “para garantizar el éxito del seguro es necesario contar con servicios de primera

³⁴⁹ DION, “The Political Origins of Social Security in Mexico”, p. 75.

³⁵⁰ *Memoria y Plan de Labores 1945*, p. 5.

³⁵¹ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, pp.79-80; y “Explica el Instituto Mexicano del Seguro Social la causa del atentado”, *El Popular*, 28 de marzo de 1944, pp. 1 y 4.

³⁵² “Las empresas textiles y las cuotas del seguro”, *El Universal*, 1 de febrero de 1944, p. 1.

calidad, mejores de los que actualmente reciben los obreros en clínicas y hospitales privados”.³⁵³ De esa manera, las autoridades y técnicos estatales comenzaron a publicar desplegados en diferentes periódicos de la capital en los que se informaba que el Presidente de la República ofrecía “proporcionar al Instituto toda la ayuda necesaria para establecer una red de clínicas en el Distrito Federal”. A cambio de ello, los trabajadores cooperarían decididamente en el desarrollo de los otros servicios, como el de prevención y educación contra accidentes del trabajo.³⁵⁴ El objetivo era evitar la desconfianza de los sectores populares del país y prevenir un “clima” de hostilidad social por medio del apoyo voluntario. Sin embargo, el respaldo estatal no presentó resultados inmediatos, lo que ayuda a comprender el descontento de los primeros beneficiarios. De acuerdo al Departamento de Servicios Médicos en agosto de 1944 sólo se contaba con 28 centros de atención médica y 5 puestos de primeros auxilios.

Tabla 9. Unidades Médicas del IMSS, 1944

| 1944 | Adquiridos por el IMSS | Subrogados |
|-----------------|------------------------|------------|
| Sanatorios | 4 | 0 |
| Clínicas | 10 | 14 |
| Puestos médicos | 5 | 0 |

Fuente: BARAJAS, “Políticas de bienestar social”, p. 76; y *Memoria de Labores de 1946*, p. 19.

Como indica la tabla 9, el Instituto compró 14 unidades de atención (sanatorios y clínicas) sin asegurarse que las condiciones arquitectónicas fueran las óptimas para establecer servicios “de primera calidad” como había recomendado el Presidente Ávila Camacho. Por ejemplo, el 21 de julio de 1945 el *Boletín de Información* anunció que el Instituto había adquirido el departamento 13 del edificio número 5 en la calle Rosales de la Ciudad de México para ser acondicionado “en el menor tiempo posible” como una clínica para trabajadores que “requieran atención médica urgente”.³⁵⁵ Como se puede deducir, la adquisición de edificios, en ese primer momento, no se fundamentó en un plan que garantizara la facilidad de acceso de los derechohabientes o el acondicionamiento inmediato de los espacios clínicos. El IMSS en más de una ocasión tuvo que impartir servicios médicos

³⁵³ “Actas y apéndices del primer año de labores del IMSS”, 1 de septiembre de 1943, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 1, foja 12.

³⁵⁴ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p. 76.

³⁵⁵ “Clínica especial para los trabajadores”, *Boletín de Información*, 5 de septiembre de 1945, p. 2.

o administrativos en departamentos, oficinas o casas habitación no aptas para aquellas actividades.

La *Memoria y Plan de Labores 1945* del IMSS también informó que materiales indispensables para servicios médicos como las camas se veían rebasados por la cantidad de pacientes atendidos a diario. Se señaló que el seguro sólo contaba con un total de 3,244 camas, la mayoría utilizadas en procedimientos básicos para medicina general (1,048), cirugía no profesional (400) y atención inmediata a accidentes del trabajo (160). Las estadísticas, aunque eran un reflejo de los problemas del IMSS, siempre concluían con un mensaje que solicitaba la paciencia de la población afiliada. En el caso de la *Memoria*, el ingeniero Miguel García prometió que se superaría “la etapa de iniciación de las labores con las naturales deficiencias, que somos los primeros en reconocer, y tenemos la seguridad en prestigiar los servicios de la institución a base de eficiencia y actividad”.³⁵⁶ En esa frase se deduce que los funcionarios de la institución eran conscientes que las manifestaciones críticas, de varios grupos de la población, encontraban sustento en los problemas cotidianos de los servicios médicos. Para finalizar, ese convulso inicio de actividades también vino acompañado de un cambio en la Dirección General. Santos Guajardo partió rumbo a la Subsecretaría de Relaciones Exteriores el primer mes de 1944. En su lugar, Ignacio García Téllez se haría cargo de la Dirección del Instituto a partir del 3 de enero de ese mismo año.

El Frente Nacional Proletario y la oposición obrera al IMSS

Con el inicio de los servicios en el año 1944, el descontento de varios sectores de la clase trabajadora se manifestó de forma cada vez más intensa. En un primer momento, esas ideas se expresaron en distintos artículos de opinión que relataban las actividades cotidianas en los edificios del seguro. Periodistas y algunos empresarios inconformes atacaron al IMSS al que llamaron “el inseguro” porque consideraron que “por la falta de personal y clínicas no se podía asegurar ni a sí mismo”.³⁵⁷ La difusión de esos mensajes fue tan extensa que Ignacio García Téllez llegó a considerar que esa “campana negativa podía desorientar a la clase trabajadora que desconocía las grandes dificultades para organizar las labores de la institución”.³⁵⁸ Los temores del Director General se hicieron realidad entre los meses de

³⁵⁶ *Memoria y Plan de Labores 1945*, pp. 19-21.

³⁵⁷ “Seguros que no remediarán la inseguridad social”, *El Economista*, 1 de febrero de 1944, pp. 1 y 6.

³⁵⁸ *Vida, pensamiento y obra*, tomo II, pp. 167-168.

enero y febrero, cuando comenzaron a circular desplegados de diversas asociaciones obreras del Distrito Federal. El 8 de enero la Confederación Proletaria Nacional,³⁵⁹ por medio de sus secretarios Enrique Rangel y Alfredo Navarrete declararon que “de buenas a primeras nos encontramos con la implantación general del Seguro Social”. Sus protestas se apoyaban en la idea de que los obreros se habían “desorientado totalmente con esta medida por la falta de información sobre los verdaderos recursos y alcances del IMSS”.³⁶⁰

En las mismas fechas, la Alianza de Uniones y Sindicatos de Artes Gráficas expuso su desacuerdo con la Ley del Seguro Social. Esa organización señaló que “al iniciar funciones el seguro, los patronos quedaban liberados de las obligaciones de asistencia médica, hospitalización y pago de salarios a trabajadores accidentados que les imponía la Ley Federal del Trabajo y los contratos colectivos”.³⁶¹ Los trabajadores de la ciudad experimentaron el temor de que el Instituto suspendiera las aportaciones patronales con fines de previsión social, como la prevención de accidentes o los servicios médicos. Ese miedo y, en muchos casos, la desinformación fue aprovechado por organismos de trabajadores disidentes y mejor organizados.

En esa coyuntura, varios líderes obreros de la Confederación Proletaria Nacional (Alfredo Navarrete y Pedro L. González) y de la Confederación General de Trabajadores Disidentes (Luis Araiza, Vicente Islas), crearon el 24 de enero de 1944 el Frente Nacional Proletario (FNP). Ese grupo tuvo el objetivo de concentrar todas las dudas y el descontento obrero en un solo organismo.³⁶² En la organización de este movimiento participaron, además de los grupos señalados líneas arriba, la Federación de los Trabajadores de los Periódicos y Diarios, los Sindicatos de Comunicaciones Telefónicas, y las Uniones de Sindicatos de Artes Gráficas.³⁶³

El nacimiento del FNP representó el incremento de las expresiones de insatisfacción, además elevó el nivel organizativo de las acciones. En febrero el frente celebró distintas

³⁵⁹ Grupo escindido de la CTM en 1942 por diferencias políticas con el líder sindical Vicente Lombardo Toledano. Entre sus miembros se encontraban trabajadores de la industria zapatera como la fábrica “Trinidad”, y el Sindicato de Artes Gráficas de la Ciudad de México. DION, “The Political Origins of Social Security in Mexico”, p. 77.

³⁶⁰ “Opinan que se festinó lo del seguro social”, *El Universal*, 8 de enero de 1944, pp. 1 y 4.

³⁶¹ “Opinan que se festinó lo del seguro social”, *El Universal*, 8 de enero de 1944, p.1

³⁶² FARFÁN, “Los orígenes del seguro social en México”, p. 154.

³⁶³ FARFÁN, “Los orígenes del seguro social en México”, pp. 154-155.

asambleas que decidieron que, con el objetivo de exponer su incertidumbre por los deficientes servicios del IMSS, se organizarían diversos movimientos de huelga. En ese mismo mes, grupos obreros se apoderaron de las fábricas y secuestraron a los empleados de confianza del ramo textil. Las compañías afectadas fueron “La Trinidad”, “Santa Teresa”, “La Hormiga”, “La Alpina” y “El Lirio”, todas en la capital de la República.³⁶⁴ Los paros laborales buscaron ejercer presión sobre las autoridades políticas y empresariales que habían comenzado con la recaudación de contribuciones para el funcionamiento de los servicios del IMSS. El argumento central del movimiento era que el seguro no tenía la capacidad para proporcionar los servicios médicos a los trabajadores y sí, en cambio, absorbería los recursos de los fondos de previsión social de las empresas. A su consideración, ese proceso impondría a los trabajadores el peso de las cuotas a cambio de un servicio deficiente.³⁶⁵ Los acontecimientos descritos pueden encuadrarse en lo que James Scott ha definido como métodos velados/cotidianos de resistencia. Es decir, actos que difunden valores simbólicos distintos a los impulsados por las elites que ostentan el poder político. De esa forma, por medio del desorden y las manifestaciones de violencia ocasionales se reproducen discursos políticos disidentes que no tienen por intención derrocar al poder hegemónico pero sí, al menos, renegociar las relaciones de poder.³⁶⁶ Las huelgas y los actos de violencia contra el Instituto fueron acciones que expresaban el desagrado de un grupo importante de obreros ante las medidas de las autoridades políticas.

Sin embargo, el FNP manifestó en todas sus declaraciones públicas que no estaba completamente en desacuerdo con el seguro social, su única intención era reformar la ley. Para cumplir con su objetivo principal, el grupo intentó detener la implementación de los servicios del Instituto. Las quejas del frente se resumieron en dos ideas: a) los trabajadores no tenían que contribuir económicamente para el mantenimiento del seguro hasta que sus servicios estuvieran consolidados y b) no sólo la CTM y la CROM deberían tener una posición privilegiada en las comisiones asesoras del IMSS.³⁶⁷ Se puede percibir una fuerte carga política en los postulados del FNP, los líderes del movimiento aspiraban a obtener la

³⁶⁴ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p. 78; y “Numerosos actos delictuosos en fábricas textiles por el seguro”, *Novedades*, 2 de febrero de 1944, p. 9.

³⁶⁵ FARFÁN, “Los orígenes del seguro social en México”, p. 155.

³⁶⁶ SCOTT, *Los dominados y el arte de la resistencia*, pp. 150-151 y 223-225.

³⁶⁷ “Manifestación de obreros en contra del seguro social”, *Novedades*, 18 de enero de 1944, p. 8; y DION, “The Political Origins of Social Security in Mexico”, p. 77.

misma importancia que la CTM dentro de los procesos administrativos del seguro. Esta idea se sostuvo en el manifiesto que apareció publicado en los diarios el 29 de abril. Allí, los voceros del frente lanzaron una enérgica protesta contra los funcionarios sindicales y el IMSS. También, invitaban a los trabajadores que sintieran dañados sus intereses económicos y sociales a exponerlo públicamente.³⁶⁸

El Estado y el conjunto de agrupaciones obreras concentradas a su alrededor respondieron a las amenazas de la FNP en la esfera pública. La CTM publicó, durante todo el primer semestre de 1944, un conjunto de desplegados en los que apoyó de forma incondicional las medidas tomadas por la Dirección General. Los voceros de esta confederación mencionaron que estaban “plenamente convencidos de que estos servicios lejos de entrañar un peligro para la estabilidad económica de los trabajadores” significaban “la realización de un programa de seguridad y el principio del establecimiento de una protección efectiva para la clase obrera”.³⁶⁹

Por su parte, el IMSS, por medio de Ignacio García Téllez, enfrentó las críticas apoyándose en sus “estudios científicos”. El Director señaló que con el propósito de no lesionar los derechos adquiridos de los trabajadores, los técnicos del Instituto habían tomado en cuenta, para sus estudios económicos y sociales, las prestaciones legales establecidas por la Ley Federal del Trabajo. Por lo tanto, se garantizó que el establecimiento de futuros centros de atención médica y los programas de prevención de riesgos industriales se realizaría bajo los parámetros médicos más estrictos. Todo aquello con el propósito de establecer “una política de progreso y seguridad social que no sólo beneficie a los asegurados sino al desarrollo de la vida económica nacional”.³⁷⁰ Como se aprecia, el debate sobre la creación del seguro involucró a diversos actores: el FNP, la CTM y el Estado. Todos esos agentes discutieron en ese primer periodo la trascendencia de los servicios y el funcionamiento del IMSS. Ese proceso demostró que aquel programa político/social carecía de un respaldo unánime.

³⁶⁸ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p. 79.

³⁶⁹ *Vida, pensamiento y obra*, tomo II, p. 171; y “El movimiento obrero de México respalda la implantación del seguro social”, *La Afición*, 6 de febrero de 1944, p. 3.

³⁷⁰ “Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Novedades*, 18 de enero de 1944, p. 8; y “Circular del Seguro Social”, *Novedades*, 30 de enero de 1944, p.1

Ante la escalada de las manifestaciones, Manuel Ávila Camacho acordó negociar con el FNP. Por medio del licenciado García Téllez, los voceros del organismo obrero plantearon sus dudas y protestas. Los líderes del frente mencionaron que era necesario abarcar todos los aspectos de la inconformidad de la clase trabajadora como el cobro de cuotas y la calidad de los servicios médicos/sociales. El Director del Instituto respondió que si bien no se disponía con suficiente dinero para la fundación de hospitales nuevos, se estimó que con “los recursos a la mano de momento, vía las contribuciones, podría afrontarse la situación”.³⁷¹

Las pláticas con García Téllez no llegaron a ningún acuerdo, razón por la cual el FNP se dirigió directamente al Presidente de México. El día 2 de mayo de 1944, Alfredo Navarrete y Arturo Rivas, voceros de movimiento, fueron recibidos por Ávila Camacho. La plática se concentró en la necesidad de establecer reuniones con representantes de todas las centrales de trabajadores que ayudaran a replantear las directrices del seguro social. En junio, el Oficial Mayor de la presidencia, Roberto Amorós, debatió con el FNP las críticas planteadas sobre el IMSS y negó que los servicios recién instaurados fueran nocivos para los trabajadores. Así, el 30 de junio el FNP recibió una carta, del Poder Ejecutivo y el Director del Instituto, donde se les anunciaba que por ser representantes de “elementos provocadores entre la sociedad mexicana” no se discutiría con ellos las futuras tareas de protección social.³⁷²

La carta tajante del Oficial Mayor de la presidencia y los “dimes y diretes” entre el FNP y los funcionarios del IMSS escalaron a una etapa de violencia el 20 de julio de 1944, cuando el frente convocó un mitin con miles de personas en el zócalo de la Ciudad de México (imagen 4). Los líderes de la movilización tomaron la palabra. Pedro González y Salvador Martínez atacaron al gobierno y a los líderes sindicales Fidel Velázquez y Vicente Lombardo Toledano. Martínez lanzó pronunciamientos que señalaban que “la Ley del Seguro Social lesiona los intereses obrero” y que “el PRM es una aplanadora política que debería desaparecer”.³⁷³ En pleno acto público la agrupación obrera señaló a los que, a su parecer, eran sus peores enemigos: los líderes sindicales que traicionaban el movimiento obrero y un gobierno que había renegado sus raíces revolucionarias.

³⁷¹ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, pp. 79-80.

³⁷² *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, pp. 80-81.

³⁷³ “Boletín del seguro social (1944-1956)”, sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 20, fojas 1 y 3.

Imagen 4



Imagen del mitin del 20 de julio de 1944. “Boletín del seguro social (1944-1956)”, sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del seguro social, caja 15, carpeta 20, foja 2.

El clímax de ese acontecimiento empezó después del mediodía, cuando un carro de bomberos trató de romper el cerco construido por los manifestantes con el propósito de paralizar la circulación de vehículos alrededor de la plaza de la Constitución. El intento de boicotear el mitin motivó a que distintos participantes atacaran y quemaran el carro, “retiraran las mangueras y las cortaran para emplear los pedazos, además de piedras, palos y ladrillos como armas contra los bomberos”.³⁷⁴ Los guardias del Palacio Nacional respondieron esas agresiones lanzando tiros al aire, lo que conllevó a que fueran atacados con piedras por los manifestantes. Los reportajes señalaron que varios individuos se abalanzaron sobre un automóvil convirtiéndolo en una antorcha y “poniéndolo audazmente en marcha, lo dejaron ir como una catapulta incendiaria contra los muros del palacio nacional”. Estos hechos movilizaron a la Compañía de Granaderos de la Jefatura de Policía, quienes por medio del uso de la fuerza comenzaron a desalojar la plaza.³⁷⁵ Las autoridades reportaron un total de 14 heridos de gravedad como resultado del incidente.

La coordinación de la fuerza pública contra los manifestantes se puso en evidencia con el papel de la Policía Secreta (imagen 5). Los diarios de la época indicaron que esta sección de la gendarmería realizó, entre hombres y mujeres, más de 100 arrestos por medio

³⁷⁴ “Boletín del seguro social (1944-1956)”, sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 20, foja 3.

³⁷⁵ “Boletín del seguro social (1944-1956)”, sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 20, foja 7.

de operaciones encubiertas.³⁷⁶ Después de los acontecimientos violentos el FNP empezó a ser desintegrado. La mitad de las personas aprendidas, identificadas como “agitadores”, fueron condenadas a 15 años de cárcel. Las autoridades los hicieron responsables de los delitos de asonada o motín, injurias al Presidente de la República y portación de armas de fuego, esto último sin que ninguna crónica periodística mencionara que los manifestantes estuvieran armados el día del mitin.³⁷⁷ Así, el gobierno de Manuel Ávila Camacho intentó intimidar al resto de los trabajadores inconformes, demostrando que cualquier manifestación en contra del seguro social sería castigada con mano dura.

Imagen 5



Fotografía que demuestra el uso de policías infiltrados (persona de la izquierda con evidente vestimenta de civil) en los arrestos del 20 de julio de 1944. “Boletín del seguro social (1944-1956)”, sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 20, foja 6.

A la represión política siguió la crítica mordaz contra el movimiento disidente del FNP. El episodio de violencia fue duramente juzgado por distintos sectores de la opinión

³⁷⁶ “Boletín del seguro social (1944-1956), sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 20, foja 9.

³⁷⁷ “Serán sentenciados 49 responsables del motín en el zócalo”, *El Nacional*, 2 de julio de 1945, p. 4.

pública, en su mayoría favorables al gobierno. Las confederaciones de trabajadores más influyentes como la CTM y la CROM atacaron a la FNP acusándolos de “gangsters” alineados a las fuerzas más reaccionarias de la sociedad mexicana. Asimismo, solicitaron la disolución del frente junto al encarcelamiento del resto de sus líderes.³⁷⁸ Con este tipo de declaraciones los movimientos sindicales, vinculados al gobierno del PRM, se alinearon a la represión y persecución que las autoridades emprendieron contra los grupos obreros inconformes.

El encarcelamiento de varios de sus miembros y la persecución mediática terminó debilitando al FNP; algunos sindicatos o alianzas comenzaron a desligarse del organismo. Miembros de la Confederación Proletaria Nacional, como Alfredo Navarrete, condenaron los eventos del 20 de julio y retiraron su apoyo al movimiento de manera definitiva. Al final, los líderes de la central fueron acusados de servir a intereses distintos a los de la clase obrera y el organismo terminó por desintegrarse entre agosto y septiembre de 1944.³⁷⁹ Sin embargo, el final de este movimiento de trabajadores no significó un triunfo inmediato de la administración de Ávila Camacho e Ignacio García Téllez al frente del seguro, ni tampoco el inicio de un periodo prolongado de paz en el funcionamiento del Instituto. De forma menos organizada pero más continua, trabajadores, incluso afiliados a organizaciones cercanas al Estado mexicano, comenzaron a exponer sus dudas y reclamos sobre los problemas de los servicios hospitalarios y sociales en la capital del país.

El debate por la calidad de los servicios médicos del IMSS

El contacto de los obreros afiliados con las prestaciones recién organizadas condujo a una oleada de críticas continuas. La prensa de la época parece demostrar que trabajadores y detractores del régimen del seguro social aprovecharon los problemas de los servicios médicos para poner a prueba la capacidad de respuesta, administrativa y política, de los directivos del organismo. Esos hechos exhiben que el nacimiento del IMSS fue difícil y convulso.

³⁷⁸ “Boletín del seguro social (1944-1956)”, sin fecha, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 20, foja 5.

³⁷⁹ *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, p. 82.

Hay que señalar que las reacciones mencionadas líneas arriba se vieron reforzadas por el desarrollo, entre 1930 y 1940, de un género periodístico enfocado en las vicisitudes de los trabajadores. Esos artículos de prensa se dedicaron a exponer de forma detallada los percances y los problemas de los obreros en el contexto urbano e industrial. También, se mencionaba en muchas ocasiones la falta de medidas de seguridad industrial y de atención médica que disminuyeran los riesgos laborales. En México, durante la década de 1940, incrementó el número de artículos y crónicas que informaban las causas y las consecuencias de los accidentes del “mundo del trabajo”. Muchos de esos artículos, al relatar los percances ocurridos en instalaciones del seguro, mostraron que sus actividades no habían significado una mejora inmediata en las condiciones de la clase laborante de la ciudad.

Además, entre los años de 1945 y 1948, el IMSS sólo había podido construir, con sus propios recursos, cinco clínicas en la capital del país: la clínica de la colonia Doctores (avenida “Niños Héroe”, no. 165), la clínica de San Pedro de los Pinos (entre avenida Revolución y calle 7) la clínica del Puerto Aéreo Central (en el lugar del mismo nombre), la clínica de la Delegación de Tacuba (entre calzada Mariano Escobedo y avenida Marina Nacional) y la clínica de la colonia de Santa María (calle de Sor Juana Inés de la Cruz, no. 81). Aunque la construcción de edificios era un avance significativo, las superficies de las clínicas no superaban los 2,500 metros cuadrados y, como mencionaba la *Memoria de Labores 1948*, sólo podían ofrecer mensualmente servicios de cirugía de emergencia, odontología, medicina materno-infantil, medicina general y traumatología a 120,000 derechohabientes de los 741,000, entre trabajadores y personas dependientes de ellos (hijos y parejas).³⁸⁰

La falta de recursos materiales y la sobredemanda de servicios médicos pronto empezaron a provocar problemas en las instalaciones del seguro, que los periódicos capitalinos no tardaron en plasmar en sus páginas. El 4 de agosto de 1945, el diario *Excélsior* publicó una nota sobre la muerte de un niño a causa de una anestesia mal aplicada en el “puesto 1 del Instituto del Seguro Social”. El artículo periodístico relató que el infante, hijo de un obrero textil llamado Jesús León, se causó una lesión en la cabeza al golpearse contra un escalón en la casa 68 de la calzada México-Tacuba. Ya en el puesto médico, “para

³⁸⁰ *Memoria de Labores 1948*, pp. 20 y 50.

suturarle la herida se le aplicó la anestesia de balsoformo y el niño comenzó a asfixiarse. Dos horas se hicieron esfuerzos para salvarlo, pero fue inútil”.³⁸¹ El periodista hizo referencia directa al personal del puesto 1 de la ciudad, el doctor Manuel Ballesteros y la enfermera, encargada de la aplicación de la anestesia, María Hernández. Ese acontecimiento muestra que los afiliados utilizaron los servicios y espacios clínico/hospitalarios del IMSS ante cualquier emergencia familiar o laboral. Además, el padre del niño levantó una denuncia en la Procuraduría del Distrito, lo que señala que los derechohabientes criticaron y pusieron a prueba las verdaderas capacidades de los servicios médicos y de auxilio del IMSS.³⁸² Sucesos como el anterior ayudan a comprender el elevado número de denuncias por “errores mortales” de los facultativos publicadas en la prensa.

La muerte del menor tuvo una rápida repercusión en los medios capitalinos y provocó la intervención de las autoridades de la Institución. En primer lugar se ofreció un comunicado oficial en el que se dijo que el infante había fallecido a causa de un ataque cardiaco “a pesar de las aplicaciones de oxígeno y respiración artificial”. En el mismo documento se informó que, para evitar perjuicios al médico y enfermera que intervinieron, el IMSS otorgaría las facilidades necesarias para que las autoridades judiciales aclarasen las responsabilidades, “confiando en la imparcialidad de las informaciones, no sólo en los casos de decesos inevitables, sino en los de reconocimiento de numerosos aciertos por los que se curan y salvan millares de niños de trabajadores, debido a la aptitud y al denodado esfuerzo personal”.³⁸³ Esos acontecimientos pusieron en duda la supuesta alta capacidad de los servicios médicos del Instituto y obligaron a los directivos de la institución a desarrollar un sistema de comunicación que los ayudara a aclarar quejas y denuncias en la prensa.³⁸⁴

Otra muestra de la inconformidad de varios derechohabientes con los servicios médicos se aprecia en las denuncias del obrero Vicente Estrada y la beneficiaria Elvira Vera. El primer caso señaló que el señor Estrada, con un enfermedad estomacal, fue “víctima de una fiebre que lo incapacitó durante ocho días” por culpa de la negligencia de un médico y un radiólogo del seguro social que “no supieron identificar y tratar su dolencia”. El trabajador

³⁸¹ “Anestesia que mata a un pequeño”, *Excelsior*, 4 de agosto de 1945, p. 1.

³⁸² “Anestesia que mata a un pequeño”, *Excelsior*, 4 de agosto de 1945, p. 1.

³⁸³ “Aclaración a la muerte de un niño”, *El Popular*, 5 de agosto de 1945, p. 1.

³⁸⁴ Una apología a los servicios médicos del IMSS en su primera etapa de existencia se halla en CÁRDENAS DE LA PEÑA, *Servicios médicos del IMSS*.

se quejó de que su caso “hubiera podido evitarse con sólo habersele dado las indicaciones necesarias sobre la alimentación que debía tomar en su delicado estado”.³⁸⁵ Por su parte, la señora Vera relató que durante una consulta de ginecología, en una clínica del Instituto, le diagnosticaron un quiste que debía ser extirpado por medio de una operación en el vientre. Por lo anterior, “la beneficiaria de referencia vio a varios médicos particulares y estos señalaron que los doctores del seguro se equivocaron” ya que “la enferma no tiene quistes ni está propensa a padecerlos”. La denuncia cerró apuntando que los quejosos esperaban que las irregularidades descritas fueran corregidas en el futuro inmediato.³⁸⁶ Los casos expuestos indican que las labores del IMSS fueron comparadas con otro tipo de prestaciones particulares. Cuando la señora Elvira Vera mencionó su visita a los médicos privados demostraba, de forma secundaria, su desconfianza en los procedimientos del seguro social. También, con la exposición de sus experiencias en la prensa, con sus familias o en sus lugares de trabajo, los afiliados transgredían la autoridad médica y el discurso de la confianza obrera al IMSS.³⁸⁷

Las reacciones por las contrariedades dentro de los edificios del seguro no sólo se presentaron de forma escrita en la prensa, también existieron manifestaciones directas por parte de los afiliados. Uno de los casos más simbólicos fue la marcha del 1 de noviembre de 1947 en el que cerca de 2,000 obreros de la Federación de Trabajadores del Distrito Federal (FTDF), asociada a la CTM, se manifestaron por la muerte de Jesús Sánchez, trabajador de la Casa embotelladora “Mundet”, en la clínica de la colonia Doctores en octubre de ese mismo año. El obrero había ingerido, por equivocación de una enfermera, ácido oxálico lo que ocasionó un envenenamiento que rápidamente acabó con su vida. La marcha fue respaldada por el Consejo Ordinario de la FTDF y por su secretario general Leonardo Flores. La motivación, según Flores, era “protestar por los equívocos del personal del Seguro Social; equívocos que constituyen verdaderos crímenes”.³⁸⁸ La muerte de Jesús Sánchez indignó tanto a la FTDF que su Consejo mencionó “que era necesario presionar a las autoridades del seguro por todos los medios al alcance, con la idea de que los dirigentes de dicho organismo

³⁸⁵ “Denuncian irregularidades en el seguro social”, *El Popular*, 18 de agosto de 1945, p. 3.

³⁸⁶ “Denuncian irregularidades en el seguro social”, *El Popular*, 18 de agosto de 1945, p. 3.

³⁸⁷ El historiador Roy Porter ha señalado que los pacientes, a lo largo de la historia moderna de occidente, contaron con la capacidad de poner a prueba la honorabilidad de la medicina, al referirse a médicos e instituciones con burlas, chismes y denuncias. PORTER, “The patient’s view”, pp. 175-198.

³⁸⁸ “Manifestaciones de protesta contra el seguro social”, *Prensa Gráfica*, 1 de noviembre de 1947, pp. 1 y 3.

hagan una revisión de sus valores generales, evitándose que vuelvan a registrarse hechos de la magnitud del antes referido”.³⁸⁹

La marcha transcurrió con bastante calma desde el local de la Federación hasta las oficinas del Instituto ubicadas en las esquinas Rosales y Mariscal de la ciudad capital (imagen 6). Por último, los trabajadores realizaron un acto de protesta muda en el que enseñaron algunos carteles que contenían mensajes para los directivos del seguro. En las mantas se podía leer que “era urgente que las autoridades del IMSS inspeccionen la competencia y seriedad de médicos y enfermeras” y se comprometieran a crear más espacios de auxilio que “aminoren irresponsabilidades y tragedias”.³⁹⁰

Imagen 6



Imagen de la manifestación de la FTDF del 1 de noviembre de 1947. *Últimas Noticias*, 1 de noviembre de 1947.

La manifestación llamó rápidamente la atención de los directivos y consejeros. Los trabajadores de la marcha eran sus propios “aliados” (una federación adherida a la CTM) con los que habían compartido foros y conferencias desde 1943 y, todavía más importante, habían defendido a la institución durante sus primeros pasos en la capital. El Director del IMSS Antonio Díaz Lombardo (1946-1952) y el ex Director Ignacio García Téllez (1944-1946), tuvieron que declarar públicamente que escucharían los reclamos de los manifestantes y no “escatimarían esfuerzos para lograr la máxima eficiencia en su personal”. Con el objetivo de crear mejores espacios de diálogo, Díaz y Téllez anunciaron que se reforzarían las actividades de publicidad para que los trabajadores se enteraran de forma inmediata de los avances en la construcción de unidades médicas o la creación de “Escuelas de Capacitación para su

³⁸⁹ “Protesta de obreros en contra del seguro social”, *La Prensa*, 1 de noviembre de 1947, p. 15.

³⁹⁰ “Indignación contra torpe enfermera”, *Últimas Noticias*, 1 Noviembre de 1947, p. 1.

personal”.³⁹¹ Las promesas parecieron producir efecto, ya que las protestas de la FTDF cesaron y su Secretario General prometió que sus compañeros no desestabilizarían al Instituto. La Federación informó que, por la rápida respuesta del Director General, sólo manifestarían sus inconformidades cuando fuera necesario para seguir incidiendo en el desarrollo del Instituto.

Ante las crecientes protestas, diversos personajes de la política nacional externaron su preocupación. El 22 de octubre de 1948, Antonio L. Rodríguez, Miguel Ramírez y Juan Gutiérrez, Diputados del Congreso de la Unión, declararon que la manera más importante de respaldar al IMSS era establecer comités de vigilancia y medios de comunicación sobre sus labores que obligaran a consolidar “procedimientos más rigurosamente técnicos y adecuados de gestión”. A consideración de los Diputados, sólo la discusión pública sobre los avances y reformulaciones de los servicios médicos y sociales ofrecería “a la institución una mejor y más certera prestación de los beneficios que el seguro comprende”.³⁹² Como se examinará en las siguientes páginas, esos comentarios impactaron pronto en las tareas de los directivos y la institución.

Construcción del respeto y el prestigio

Las denuncias, de obreros aislados y sindicatos, para acceder a más información sobre las acciones del seguro convencieron al Consejo Técnico a aprobar la creación del Departamento de Publicidad en 1945. Esa instancia debía “llevar a cabo una vasta campaña de divulgación de los propósitos y objetivos del Régimen de Seguridad Social y conseguir el respeto y prestigio que se merece”.³⁹³ Por medio de la publicación periódica del *Boletín de Información*, el Departamento de Publicidad intentó limpiar la imagen de la institución en la esfera pública mexicana. Los hechos que se resaltaron con particular énfasis fueron los que hicieron referencia a la ampliación de los servicios médicos. Por ejemplo, en abril de 1947, el *Boletín* relató que sus cinco clínicas demostraban “que el seguro social se desarrolla sobre bases firmes y prácticas, en atención a los grandes volúmenes de solicitudes de atención

³⁹¹ “El seguro social exige capacidad y responsabilidades a su personal”, *El Popular*, 2 de noviembre de 1947, pp. 1 y 4.

³⁹² “Acción Nacional. La gran esperanza de la seguridad social”, 22 de octubre de 1948, Colección Latinoamericana “Nettie Lee Benson” (CLNB), Libros Raros, hojas 1 y 3.

³⁹³ *Memoria de Labores de 1946*, p. 71.

médica urgente que reclaman los altos índices de morbilidad y mortalidad de nuestra población”.³⁹⁴ La intención del *Boletín* fue combatir las crónicas negativas sobre el Instituto, resaltando el desarrollo de su infraestructura y los “incansables esfuerzos” de sus empleados.

Además, la falta de credibilidad y confianza obligó a las autoridades del IMSS a proponer nuevas formas de organización de sus servicios por medio de un proyecto de eficiencia. Esos planes postularon que, para consolidarse en la conciencia colectiva de las clases trabajadoras, el Instituto debía entrar en una fase de automatización de sus actividades.³⁹⁵ En primer lugar intentó capacitar al personal encargado de la asistencia médica. En 1948 el proyecto de disciplina presentado por el Director General anotó como un objetivo impostergable corregir los “índices de deficiencia del personal en rendimiento, faltas, retardos, licencias, protección de enfermedades, perdida y destrucciones de equipos”.³⁹⁶

Las enfermeras, muy señaladas por diversos artículos en la prensa, fueron las primeras empleadas en recibir el impulso institucional. En el año de 1948, el IMSS fundó su propia escuela de enfermería que tuvo como objetivo, según el *Boletín*, seguir “formando mujeres comprometidas con el orden hospitalario y burocrático que los derechohabientes reclamaban desde hace algunos años y que la expansión del seguro social ya requería”. La escuela aceptaría 50 alumnas por generación, de las cuales el 50% estarían becadas.³⁹⁷ También, los reclamos persistentes por mejores servicios de asistencia obligaron al Servicio Médico a implementar cursos de actualización entre su personal. El Instituto estableció, con colaboración de la Universidad Nacional Autónoma de México, cursos de pediatría y rehabilitación para que las enfermeras y doctores pudieran “actualizar su información sobre diversas especialidades médicas y aplicarlos en las unidades del Instituto”.³⁹⁸ Del mismo modo, médicos y jefas de enfermeras comenzaron a elaborar estudios sobre las actividades del personal en los centros de atención. Aquellos documentos expusieron la disciplina con que los empleados del seguro debían realizar distintos procesos. Así, durante los servicios de

³⁹⁴ “Anhelos que se cumplen”, *Boletín de Información*, 1 de abril de 1947, p.1.

³⁹⁵ GARCÍA, *La Seguridad Social en México*, tomo I, p. 233-249.

³⁹⁶ “IMSS. Fines, antecedentes, características, problemas, planes, porvenir”, 16 de enero de 1948, AHCM, AIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 15, carpeta 45, foja 4.

³⁹⁷ “La Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *La Prensa*, 24 de enero de 1948, p. 29.

³⁹⁸ “Distinción a enfermeras del seguro”, *Boletín de Información*, 16 de agosto de 1947, p. 4.

maternidad en las clínicas, las enfermeras debían recabar información durante todo su turno de trabajo, cumplir las prescripciones médicas, observar el desarrollo físico de los infantes y vigilar las condiciones higiénicas de las salas.³⁹⁹

En ese mismo proceso, la Dirección General formó estrategias de interacción entre el personal de la institución y los afiliados que tuvieran una mayor eficiencia e impacto social. Por esas motivaciones, en el discurso por el segundo aniversario del seguro, el Director mencionó que se necesitaba “intensificar las campañas profilácticas y preventivas para extender los hábitos de higiene y de protección” en las fábricas, con el auxilio de ingenieros sanitarios y de médicos, “hasta obtener la entusiasta cooperación de empresarios y trabajadores por cuidar celosamente el capital humano como esencia suprema de valores físicos y morales”.⁴⁰⁰ De esa manera, con el respaldo de García Téllez y el Consejo Técnico, el IMSS creó, entre 1945 y 1946, la Oficina de Riesgos Profesionales bajo el mando del doctor Enrique Arreguín Vélez.⁴⁰¹

La vinculación con Arreguín Vélez no fue arbitraria. El doctor michoacano formaba parte del Bloque de Médicos Revolucionarios desde la década de 1930. Ese organismo colaboró con el Gobierno Federal en la organización del Congreso Nacional de Higiene Rural en 1935 y se definió como “un grupo de médicos con tendencias afines a la obra de la Revolución Mexicana...para emprender una campaña en pro de las clases laborantes del país, por medio de un programa de acción médico-social”.⁴⁰² Para aprovechar toda su experiencia en la organización de servicios y eventos públicos, Arreguín recibió el encargo de crear espacios de colaboración directa con los sindicatos para estudiar un tema de gran interés entre los obreros del país: los incidentes laborales. Con el apoyo del Departamento de Servicios Médicos, el galeno michoacano puso en marcha uno de los principales postulados de la medicina social, la educación y la prevención contra los riesgos sociales y laborales. Con la

³⁹⁹ Un breve ejemplo de esos reportes se hallan en “Actividades de la maternidad”, *Boletín de Información*, 1 de octubre de 1947, p. 6.

⁴⁰⁰ “Segundo Aniversario del Seguro Social”, 3 de enero 1946, AHCM, AIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 16, carpeta 54, foja 2.

⁴⁰¹ Enrique Arreguín nació en Morelia, Michoacán en el año de 1906. Estudió en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y se tituló en la Facultad de Medicina en 1928. Fue profesor de la Escuela Preparatoria para Hijos de Trabajadores, de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional. Asimismo, se desempeñó como jefe del Departamento de Higiene Industrial de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social entre 1942 y 1944.

⁴⁰² AGOSTONI, “Médicos rurales”, pp. 769-770.

colaboración de confederaciones, como la CROM y la CTM, Arreguín organizó círculos de reflexión, con obreros invitados, en radiodifusoras locales y estudió la posibilidad de producir algunos cortos cinematográficos por medio de la casa productora CLASA.⁴⁰³

La Oficina de Riesgos Profesionales también creó “ciclos de conferencias higiénico-sociales” en las que obreros y médicos pudieron debatir opiniones sobre los métodos de prevención de accidentes y compartir recomendaciones que se exhibieron en distintos periódicos de la capital. De ese modo, el sindicato “La Libertad” de la fábrica de textiles “La Alpina”, en la Ciudad de México, recibió el 4 de enero de 1948 al visitador, Héctor Manjarrez, que pudo discutir con los obreros la ponencia “Capacitación técnica y práctica del trabajador”. Entre las ideas discutidas se pueden mencionar la utilización de instrumentos de protección durante la jornada laboral, el acatamiento de los procedimientos técnicos al utilizar alguna máquina y el respeto a la integridad de los compañeros.⁴⁰⁴ Las estadísticas y folletos oficiales registraron que las conferencias se prolongaron 24 semanas entre 1946 y 1947 con la dotación de espacios por parte de empresas como Industrial Eléctrica Mexicana S. A., Impresora México S. A., Vidriera México S. A. y Fiebre Metal Mexicana S. A. por medio de la Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad.⁴⁰⁵

También, el doctor Arreguín formó “círculos de higiene y seguridad industrial” en el que los trabajadores analizaron proyectos para mejorar algunos métodos de prevención de incidentes. En abril de 1949, la Oficina de Riesgos Profesionales envió a la CTM el libro *Higiene y Seguridad Industrial* del médico Humberto Lazo Cerna, para que la clase obrera organizada “recomendara cómo ilustrar algunas ideas del libro” y presentarlas en el *Boletín* y la prensa capitalina. La finalidad de esa actividad era que tanto los obreros organizados como los no organizados “sientan viva preocupación por proteger su vida dentro de la industria”.⁴⁰⁶ Con la ayuda de los “círculos de higiene y seguridad industrial” se publicaron

⁴⁰³ Cinematografía Latino Americana, S.A. (CLASA) fue una casa productora que tuvo sus estudios en la calzada de Tlalpan. “Labores de la Oficina de Riesgos Profesionales de 1947”, *Boletín de Información*, 1 de enero de 1948 (Edición de aniversario), pp. 60-61.

⁴⁰⁴ “Prosiguen las conferencias para los trabajadores”, *Boletín de Información*, 16 de enero de 1948, p. 3.

⁴⁰⁵ La Oficina de Riesgos Profesionales del IMSS motivó la consolidación de la Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad en la década de 1940 con el objetivo de invitar a los empresarios a apoyar conferencias y visitas de inspección en sus fábricas. Entre las empresas pioneras se encuentra Química General S. A., Celanese Mexicana S. A. y la Asociación Mexicana de Caminos. *Servicios de la asociación Mexicana de Higiene*, p. 2; y *Memoria de Labores de 1946*, pp. 22-23.

⁴⁰⁶ “Higiene y seguridad industrial”, *Boletín de Información*, 1 de mayo de 1949, p. 10.

carteles que fueron expuestos en locales de sindicatos y fábricas con trabajadores afiliados al IMSS. Los mensajes solían ser sencillos y resaltaban que de la salud de los obreros dependía el bienestar de sus familias. Esa estrategia no era nueva, la medicina del trabajo, de reciente desarrollo a nivel mundial en esa época, recomendaba vincular las experiencias de los trabajadores con los programas de prevención de accidentes laborales y emergencias sanitarias.

De la misma manera, en la prensa capitalina el Instituto publicó periódicamente crónicas sobre su campaña para la prevención de riesgos profesionales. En esos escritos, la mayoría de las veces con apoyo de fotografías, los obreros de diversas industrias de la ciudad relataban sus accidentes y su imprudencia al no utilizar materiales de protección (cascos, lentes, guantes) o no seguir las medidas de precaución indicadas por sus patrones u oradores del seguro. Al final, los obreros recomendaban a sus compañeros que no debían acostumbrarse a convivir con los riesgos. Con esas estrategias el IMSS pretendió vincular directamente a los trabajadores y trabajadoras con las actividades de prevención del seguro social.

Un ejemplo de ello fue la publicación patrocinada por el IMSS en *El Nacional* el 19 de agosto de 1945, en la que el diario presentó en sus páginas el percance del chofer Demetrio Vázquez de 39 años de edad (imagen 7). El accidentado mencionó que mientras colocaba una rueda en el eje de su camión de pasajeros de la ruta México-Tacuba, “en el momento menos imaginado y debido a la alta presión de la cámara”, saltó el arillo metálico sujetador de la llanta brincándole al rostro, privándole del conocimiento por el golpe y causándole “enorme herida que comenzó en el borde inferior del maxilar, dirigida oblicuamente hacia arriba, dañándole ambos labios hasta descubrir el hueso, la nariz y parte del ojo izquierdo”.⁴⁰⁷ Al final de la nota el Instituto y el señor Demetrio Vázquez, por medio de una carta firmada, recomendaron a los conductores de vehículos que en previsión de sucesos similares que ponen en peligro su vida, “estén siempre pendientes del buen estado de sus máquinas y herramientas de trabajo, haciéndoles especial mención de que, sin excepción deberán actuar con infinitas precauciones y cuidado, teniendo por mira el siguiente lema: no debemos

⁴⁰⁷ “Campaña para la prevención de riesgos profesionales”, *El Nacional*, 19 de agosto de 1945, p. 7.

familiarizarnos con el peligro, sino con los medios para evitarlo”.⁴⁰⁸ Como se puede inferir, se intentó que se borrarán discursivamente a los intermediarios, presentando a obreros diciéndoles directamente a sus compañeros que el trabajo no tenía por qué destruir sus cuerpos pues era una relación social que debía fomentar sus buenas cualidades: salud, compañerismo y disciplina.⁴⁰⁹

Imagen 7



“Campaña para la prevención de riesgos profesionales”, *El Nacional*, 19 de agosto de 1945, p. 7.

Durante ese mismo periodo, el Departamento de Servicios Médicos en coordinación con la Oficina de Riesgos Profesionales aumentaron paulatinamente el número de Puestos de Fábrica del IMSS. De los 5 con los que contó en su primer año, pasó a 144 en 1946 y para finales del año de 1948 se enumeraron 191 en las memorias oficiales. Esos puestos al mismo tiempo que brindaron atenciones básicas de primeros auxilios ante cualquier percance laboral, también colaboraron para poner en contacto a los derechohabientes con las

⁴⁰⁸ “Campaña para la prevención de riesgos profesionales”, *El Nacional*, 19 de agosto de 1945, p. 7.

⁴⁰⁹ GALLO y MÁRQUEZ, “Higiene industrial”, p. 3.

estrategias de prevención de riesgos y los empleados del seguro.⁴¹⁰ En sus paredes se colocaron carteles elaborados por médicos y se recibieron a más de 250 visitantes del IMSS en el año de 1946, que recomendaron métodos de prevención de accidentes y se entrevistaron con trabajadores para conocer de primera mano sus necesidades en materia de resguardo laboral.⁴¹¹

Aunque los carteles para los puestos de fábrica fueron diseñadas por dibujantes expertos, sus palabras manifestaban las inquietudes de la mano de obra. Usaron párrafos más cortos que las crónicas de incidentes y, como muestra la imagen 8, insistieron en cuidar las partes del cuerpo que eran esenciales para el uso de las máquinas y la realización de las actividades básicas. En el caso que se analiza se exclamó en primer plano “¡Protégete! De tus ojos depende el bienestar de los tuyos”.⁴¹² En el fondo se puede observar la imagen de un soldador que representaba la figura del “obrero modelo”, utilizando guantes para prevenir quemaduras y un casco con lentes oscuros para evitar un daño irreparable de la vista. Los textos relacionaron los percances con la pérdida del bienestar o del salario. Esa asociación recurrente no hacía más que recordarle a la clase laborante que sus lesiones no sólo afectaban a su cuerpo, también los dejaban a ellos y sus familias en desventaja ante las fluctuantes fuerzas del mercado capitalista-industrial que amenazaba con expulsarlos a un “mundo de miseria y desolación”.⁴¹³

⁴¹⁰ *Memoria de Labores 1948*, p. 48.

⁴¹¹ *Memoria de Labores de 1946*, p. 22.

⁴¹² *Memoria de Labores 1948*, p. 131

⁴¹³ *México y la Seguridad Social*, tomo I, p. 263.

Imagen 8



Cartel creado de la Oficina de Riesgos Profesionales y que se colocó en los Puestos de Fábrica del IMSS. *Memoria de Labores 1948*, p.131.

Por último, el Departamento de Publicidad enfrentó la crítica a las prestaciones del Instituto con la publicación de algunas opiniones de los derechohabientes beneficiados con los servicios médicos o la construcción de clínicas. En el año de 1951, un artículo del *Boletín* transcribió las impresiones de dos trabajadores de la Ciudad de México. El señor José López, obrero de la papelería “Casa blanca”, mencionó que el seguro social atendía en mejores condiciones que la mejor clínica particular y que desde 1946, fecha en que se inscribió al IMSS, había tenido “necesidad en muchas ocasiones de solicitar los servicios médicos del seguro habiendo encontrado siempre eficacia y rapidez, así como honestidad en los médicos y las enfermeras”.⁴¹⁴ Por su lado, la señorita Mercedes Pérez, trabajadora de Teléfonos de México, explicó que desde que se afilió, en el año de 1945, “siempre me han tratado con las mayores consideraciones y con la máxima eficacia. Creo que conmigo muchos compañeros de trabajo opinan lo mismo”.⁴¹⁵ Los casos presentados, aunque pueden ser considerados un

⁴¹⁴ “Notas médicas. Cómo trabaja la clínica no. Uno”, *Boletín de Información (suplemento)*, 16 de diciembre de 1951, p.32-33.

⁴¹⁵ “Notas médicas. Cómo trabaja la clínica no. Uno”, *Boletín de Información (suplemento)*, 16 de diciembre de 1951, p.32-33.

montaje del Departamento de Publicidad, demuestran que existió la convicción de que la confianza de los afiliados sólo se alcanzaría con el desarrollo paulatino de espacios clínicos y de los servicios médicos/sociales.

Esa convicción no tardó en ser respaldada por el Presidente de la República, Miguel Alemán, a principios de la década de 1950. El Director General, Antonio Díaz Lombardo, durante la inauguración de la clínica no. 2, el 30 de enero de 1948, invitó al mandatario mexicano para que observara personalmente los avances de la unidad y escuchara su discurso durante la ceremonia. El Director mencionó a los asistentes que los nuevos edificios del seguro “deberían ser apenas una parte mínima de un programa de construcciones que podrían incluir, hospitales, puestos de fábrica y sanatorios” por diversas zonas de la capital mexicana. El discurso cerró recordando que con el apoyo “del gobierno, de nuestro Presidente, el seguro social podría seguir mejorando las condiciones morales y físicas de nuestro pueblo”.⁴¹⁶ Díaz Lombardo recordó a los invitados que uno de “reclamos de los trabajadores era contar con un Instituto Mexicano del Seguro Social con servicios de primer nivel” en el que no “quepan la angustia ni la incertidumbre”.⁴¹⁷

Las palabras del representante del IMSS respondieron a los comentarios y reclamos de trabajadores y sindicatos. Era el momento de iniciar un programa más ambicioso en la administración de los recursos humanos y materiales del seguro, que satisficiera a los derechohabientes y que limpiara la reputación de la institución en la esfera pública y en la conciencia colectiva de la población. El mismo Miguel Alemán declararí, en agosto de 1950, al *Boletín de Información* que “el impulso especial y decidido al seguro social en México se convertiría en política durante su gobierno y los posteriores”. El Presidente reconoció que al compartir ceremonias con Antonio Díaz Lombardo habían coincidido en que la consolidación de un programa de edificaciones y la expansión del servicio médico “tranquilizaría a la población afiliada al velar progresivamente por su bienestar económico”.⁴¹⁸

⁴¹⁶ “El seguro social ayudará a crear los hombres sanos que México necesita”, *El Popular*, 31 de enero de 1948, pp. 1 y 4.

⁴¹⁷ “El seguro social ayudará a crear los hombres sanos que México necesita”, *El Popular*, 31 de enero de 1948, pp. 1 y 4.

⁴¹⁸ “En las dos últimas giras presidenciales”, *Boletín de Información*, 16 de agosto de 1950, pp. 1-2.

Con ese compromiso político cerraba una de las etapas más convulsas en la historia del IMSS. En este capítulo se pudo identificar que la creación del Instituto fue un acontecimiento complejo que necesitó del apoyo y respaldo de varios grupos y sindicatos obreros. En específico, se pudo observar que los afiliados no fueron receptores pasivos de los servicios del seguro social. Al contrario, algunos grupos de trabajadores de la ciudad, por medio de críticas y la manifestación de sus experiencias en la esfera pública, participaron en el proceso de construcción de las prestaciones. Aunque este capítulo no aspira a ser un trabajo cerrado, se puede sostener que la creación y primeros pasos del seguro social fueron procesos configurados desde arriba y abajo, cuya explicación no puede restringirse a los parámetros de una historia política rígida. El siguiente capítulo explicará cuales fueron las consecuencias urbanas, sociales y políticas del proyecto de expansión de unidades y servicios médicos que los directivos del IMSS pusieron en práctica desde finales de la década de 1940.

Capítulo 6. “La medicina de los grandes hospitales” y la construcción del hospital “La Raza”

Este capítulo estudia dos eventos: la creación del sistema de unidades médicas del IMSS (1946-1950) y la inauguración del hospital “La Raza” en la Ciudad de México (1952). Ambos acontecimientos fueron claves en formar la opinión de que la infraestructura hospitalaria era una parte fundamental para constituir al IMSS como la principal institución de salud, en particular de protección del trabajador, de la República Mexicana. Se analizará el proceso histórico de generación de conceptos e ideas que inspiraron la construcción de clínicas y hospitales; y se explicará que la planeación de las unidades médicas respondió a inquietudes que varios médicos y arquitectos habían tenido la oportunidad de debatir, desde finales de la década de 1930, en congresos nacionales e internacionales.

En específico, este capítulo expondrá los acuerdos, entre doctores, trabajadores y el Estado, que promovieron el argumento de que los hospitales y las clínicas debían convertirse en los ejes fundamentales de las prestaciones médicas del seguro. De la misma manera, se tratará de esbozar cuáles fueron los parámetros que los “ingenieros” del Instituto diseñaron para la edificación de la primera red de clínicas en la Ciudad de México. El estudio de ese proceso ayudará a comprender cómo los proyectos del seguro ayudaron a transformar la percepción y el imaginario que los derechohabientes y la sociedad en general tenían sobre las clínicas y los hospitales.

La nueva labor de los hospitales en México

Para que las unidades médicas se convirtieran en la piedra angular del sistema de cuidado de la salud de los trabajadores, tuvieron primero que ser imaginadas y presentadas a la opinión pública y a la población amparada por el IMSS, como auténticos “talleres de salud”. En otras palabras, esos edificios tenían que ser vistos como órganos de la sociedad, que compartían sus características y que se ajustaban a medida que el territorio del cual eran parte se transformaba. Al mismo tiempo, debían dejar en claro que la atención médica sería su objetivo primordial y que sus disposiciones serían guiadas por normas científicas y por las necesidades de una racionalidad orgánica.⁴¹⁹

⁴¹⁹ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, pp. 316 y 350.

Ese proceso se llevó a cabo gracias a que médicos, técnicos del Estado, arquitectos, ingenieros, así como la población que utilizaba sus servicios habían comenzado, desde la década de 1930, a redefinir el espacio y los servicios hospitalarios en México.⁴²⁰ Como se ha relato, la vigilancia de la salud de los trabajadores tomó mayor impulso poco después de la crisis económica de 1929. Esa crisis afectó considerablemente los intereses de la clase trabajadora en Latinoamérica, pues la excesiva dependencia de sus países en el mercado internacional para comercializar sus materias primas, sumado a su escasa infraestructura de atención de la salud, desnudó las viejas ataduras sociales que aún se manifestaban a lo largo del continente. Las condiciones tradicionales de pobreza y desarraigo de muchos grupos de trabajadores se acentuaron entre los años 1930-1940, tales como: la mortalidad, la baja esperanza de vida, la insalubridad, las crisis salariales o las altas tasas de mortalidad infantil.⁴²¹

México no fue ajeno a los problemas ocasionados por la crisis. Los incidentes más comunes en las industrias nacionales, como los accidentes laborales, se convirtieron en experiencias traumáticas para los obreros. Entre 1934 y 1937, estudios del Departamento del Trabajo señalaron que cerca del 10% de los incidentes del trabajo notificados no recibían atención médica adecuada debido a la falta de recursos médicos y materiales en varias regiones de la República Mexicana.⁴²² La cruda realidad de las cifras también se vio reflejada en diversas demandas sociales. *El Machete*, órgano del partido comunista mexicano, en el año de 1934 describió en sus páginas que “era común que cuando un compañero de las industrias más importantes del país cayera en desgracia” el dueño argumentara que no podía hacerse cargo de los incidentes por no contar con médicos y hospitales en zonas aledañas a sus fábricas o talleres. Para finalizar, el periódico consideraba esos casos como “una verdadera burla” para un país con la extensión territorial de México.⁴²³

⁴²⁰ Se debe mencionar que desde principios del siglo XX los hospitales mexicanos comenzaron a transformarse y adoptar parámetros arquitectónicos novedosos. Ese proceso permitió cambiar las antiguas plantas hospitalarias claustrales por construcciones simples y progresivas que se podían ampliar de acuerdo con las necesidades de la práctica médica. Los casos paradigmáticos fueron los hospitales con arquitectura pabellonal, como el Hospital O’Horán inaugurado en Mérida, Yucatán en 1906; y el Hospital General de la Ciudad de México fundado en 1905. Un breve resumen sobre el desarrollo histórico de los hospitales en México se halla en SOTO-LAVEAGA, “Building the nation of the future”, pp. 277-280.

⁴²¹ HERRERA, “Las conferencias americanas del trabajo”, pp. 108-109.

⁴²² CLARK, *La organización obrera*, pp. 190 y 193; y *México en cifras*, p. 20.

⁴²³ CAMACHO, “El trabajo mata”, p. 162.

Por los acontecimientos descritos, los sindicatos más grandes y organizados fueron los primeros actores que consideraron la construcción de nosocomios como un pilar de los programas orientados al cuidado de la salud de los obreros y de esa manera lo expresaron en diferentes eventos. Aquellas ideas se pronunciaron enérgicamente en el marco del Primer Congreso Mexicano de Derecho Industrial, celebrado en el Palacio de Bellas Artes del 18 al 23 de agosto de 1934. Un miembro de la Federación de Sindicatos Obreros del Distrito Federal (FSODF) mencionó en su ponencia que para proteger a la clase laborante se debía insistir en que los obreros contaran “con la plena seguridad de que la asistencia médica les será proporcionada eficientemente y con la debida oportunidad” al sufrir algún accidente o por padecer alguna enfermedad. El sindicato se animó a proponer que “la construcción de grandes centros clínicos, con sus puestos de socorros, montados de acuerdo con los más eficientes sistemas, y provistos de todos los elementos requeridos por la ciencia” sería una obra de “alta utilidad para el proletariado”.⁴²⁴ El temor de que cualquier herida menor se agravara, por falta de una asistencia oportuna, fue la preocupación que motivó a los trabajadores a intentar pactar, con el Estado y los patrones, el compromiso de la construcción de clínicas o centros de primeros auxilios en las zonas cercanas a las fábricas.

En ese mismo congreso el licenciado Gregorio Contreras y el obrero Agustín Guzmán, este último miembro del Sindicato de Trabajadores Mineros, Metalúrgicos y Similares de la República Mexicana (STMMSRM), agregaron algunas consideraciones sobre los “espacios de la práctica médica” durante su discurso. En un primer momento los oradores hicieron un repaso de las situaciones del trabajo que “debilitan el organismo del obrero” y que los ponían en aptitud de sufrir algún accidente o de contraer alguna enfermedad. Entre los ejemplos anotados se encontraban los polvos, las temperaturas muy elevadas o muy frías, las máquinas industriales y los materiales químicos. Por la gran lista de impredecibles elementos que causaban incidentes, Gregorio Contreras expuso que era urgente que el Estado, médicos e ingenieros reinterpretaran las enfermerías y los nosocomios del país. Dentro de esos lugares enfermeras y doctores debían estar preparados para cualquier contingencia, desde una intoxicación hasta una amputación accidental. Además, si fuera necesario todos los personajes mencionados en el discurso podían colaborar para que los

⁴²⁴ *Memoria del Primer Congreso*, pp. 416 y 420.

hospitales se empezaran a preocupar por la recuperación, pero también por “la readaptación funcional y la reeducación laboral” empleando todos “los tratamientos adecuados, como la orientación profesional y la cirugía”.⁴²⁵

Las palabras de los representantes de la FSODF y del STMMSRM en el congreso de derecho industrial expresaron el reclamo por más y mejores espacios de asistencia médica para mejorar la salud y la dignidad de la mano de obra. Pero ese objetivo sólo se conseguiría con la planificación de verdaderos centros de recuperación de la salud que contaran con todos los elementos científicos y técnicos que les dieran certeza a los pacientes de que regresarían a sus actividades en el menor tiempo posible.⁴²⁶ Como Guzmán y Contreras expusieron durante el foro público, era el momento de pensar en los hospitales y las clínicas como verdaderos “talleres de salud”.

Las demandas de los trabajadores, inspiradas en su relación cotidiana con el riesgo y la incertidumbre, encontraron respuesta en varios médicos y arquitectos durante la década de 1940. Con un lenguaje más técnico, esos profesionistas comenzaron auténticas campañas para explicar a la sociedad mexicana y las autoridades gubernamentales las nociones de lo que ellos llamaron “medicina hospitalaria”. Ese proceso fue respaldado por la llegada a la Secretaría de Salubridad y Asistencia del doctor Gustavo Baz Prada.⁴²⁷ Durante sus estudios universitarios, en Boston y París, Gustavo Baz tuvo la oportunidad de estudiar espacios y técnicas quirúrgicas lo que, en palabras de sus colaboradores, “lo convenció de que una nueva era del progreso científico y la medicina se alcanzaría con la planeación de nuevos hospitales” que permitieran curar y educar tanto a los médicos como a los pacientes.⁴²⁸ Durante la gestión del doctor Baz Prada, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1940-1946) construyó con dinero público poco más de 40 hospitales en todo el país, entre los que

⁴²⁵ *Memoria del Primer Congreso*, pp. 438-441.

⁴²⁶ Se puede señalar que las demandas obreras para crear programas y centros médicos enfocados en la curación y rehabilitación fue un fenómeno social de escala regional. En diciembre de 1937 se fundó el Instituto Traumatológico de Santiago de Chile con ideas similares: “La inmensa necesidad y valor de devolver a la producción y a la sociedad brazos y vidas que le hacen falta”. Un análisis más profundo del caso chileno se halla en ORTÚZAR, “Legislación y medicina”, consultado el 20 de abril del 2018, pp. 1-15, link: <http://nuevomundo.revues.org/66007>

⁴²⁷ Gustavo Baz Prada (1894-1987) fue un médico y político mexicano que cursó la carrera de medicina en la Escuela Nacional de Medicina de 1913 a 1920. Se desempeñó como rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (1938-1940) y secretario de Salubridad y Asistencia (1940-1946).

⁴²⁸ “Los hospitales en México”, 25 de agosto de 1946, AHSS, FSSA, caja 9, expediente 10, hojas 19-20.

destacaban el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital General de Monterrey y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Más allá de los importantes logros materiales destacados por las crónicas de la época, durante ese periodo se promovieron debates e intercambios de conceptos sobre la función social de las unidades médicas, que marcarían los años posteriores. Compartiendo la misma preocupación que algunas agrupaciones obreras, el secretario de salubridad pensaba que el hombre o la mujer que sufría “una enfermedad o algún accidente y por mal tratamiento queda con incapacidad severa, se convierte en una carga social”. De esa manera, el secretario hizo un llamado urgente para que diversos profesionistas y funcionarios estatales formularan las bases teóricas que permitieran a personas enfermas y accidentadas volver a incorporarse a la vida económica en el menor tiempo posible.⁴²⁹ El objetivo fue crear un ambiente de confianza alrededor de las instituciones hospitalarias y las labores que se llevaban a cabo dentro de sus paredes, ya que se constituirían a corto plazo en el centro de los programas de atención médica en México.

Para responder aquella propuesta, el arquitecto José Villagrán García, Supervisor de Proyectos de Construcción de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fue el primero en compartir algunas opiniones en los medios impresos de la Ciudad de México.⁴³⁰ Villagrán García sostuvo que el éxito de un hospital dependía de que su formulación arquitectónica expresara que la edificación estaba íntimamente relacionada tanto con la vida del hombre como con las actividades diarias de la región donde se implantara. Esa idea significaba que la planificación de una unidad no concluía solamente

construyendo muros y techos que resistan la fuerza ciega y brutal de la naturaleza; no basta que esos muros fuertes, como material, cumplan ordenadamente y con sumisión el programa orgánico de función económica que le imponga el hombre; precisa que sus formas, construidas con solidez y economía, con sentido de función utilitaria, denoten la vida integra que el hombre debe vivir y vivirá en ellos.⁴³¹

⁴²⁹ BAZ, “Programa hospitales”, pp. 299-300.

⁴³⁰ José Villagrán García (1901-1982) fue un arquitecto mexicano que realizó sus estudios en la Escuela de Arquitectura de San Carlos entre 1918 y 1922. Se desempeñó como Director de la Escuela Nacional de Arquitectura de 1933 a 1935. Entre sus principales obras se encuentran el hospital para tuberculosos de Huipulco (1929) y el Instituto Nacional de Cardiología (1937).

⁴³¹ “El hospital obra de arte”, *Salubridad y Asistencia*, diciembre de 1944, p. 41.

El párrafo citado refleja la motivación de una época. La construcción de un hospital o clínica a partir de ese momento debía responder a un nuevo plan administrativo que conociera y planteara soluciones a las principales necesidades de la población en zonas específicas del país. Sólo de esa forma, los materiales utilizados, los muros, las columnas y los techos evocarían la regularidad de la ciencia moderna que prometía librar a México de una vez por todas de la enfermedad y demostraría que el paciente tenía un lugar seguro en el hospital como en la sociedad misma.⁴³² Esos argumentos fueron utilizados en entrevistas con varios medios impresos de la capital. En marzo de 1945 el diario *Excélsior* publicó que, guiados por médicos como Gustavo Baz Prada y arquitectos como José Villagrán, en México los proyectos para la edificación de nosocomios estaban dando origen a una escuela propia en materia de construcción que “consistía primero en ubicarlos técnicamente en alguna región”, para luego proyectar su funcionamiento de acuerdo a los problemas de la población y, por último, “levantar el edificio adaptado ya a las necesidades existentes”.⁴³³

Aquella misma etapa también ofreció la oportunidad de introducir a médicos, ingenieros y funcionarios estatales al diálogo internacional sobre la reinterpretación de las funciones y servicios de los hospitales en el siglo XX. Uno de los acontecimientos más importantes fue, sin duda, la promoción de la Asociación Interamericana de Hospitales (AIH) por parte del doctor Gustavo Baz Prada. El organismo continental creado en Atlantic City, Estados Unidos, en septiembre 1941, alcanzó relevancia entre la comunidad médica y de arquitectos de la República Mexicana cuando el secretario de salubridad fungió como su Director General entre 1945 y 1948.⁴³⁴ Como los estatutos de la asociación indicaban, su propósito primordial era fomentar el intercambio de experiencias entre los profesionistas que dedicaban sus actividades al desarrollo de los hospitales del continente y promover la perfección en la organización de los mismos.⁴³⁵

Con autorización de la Secretaría de Relaciones Exteriores, Gustavo Baz logró poner en contacto con la AIH a diversos médicos del país como Manuel Peláez, José González y

⁴³² SOTO-LAVEAGA, “Building the Nation of the Future”, p.279.

⁴³³ “Empleando una técnica revolucionaria se han construido en México 50 hospitales”, *Excélsior*, 31 marzo de 1945, pp. 1 y 3.

⁴³⁴ “Asociación Interamericana de Hospitales”, 4 de noviembre de 1945, AHSS, FSSA, caja 12, expediente 4, hojas 1-2.

⁴³⁵ *Asociación Interamericana de Hospitales. Estatutos*, p. 5.

Ramón del Cueto. Al mismo tiempo, pudo vincular a personajes que trabajaron directamente con el IMSS, como los médicos Gaudencio González y Norberto Treviño y el arquitecto Enrique Yáñez.⁴³⁶ Con ese respaldo institucional, Francisco Castillo Nájera, secretario de relaciones exteriores, designó con el permiso del Presidente de la República a los doctores Peláez y Treviño para asistir a la Conferencia Anual de la AIH que se llevó a cabo en la ciudad de Filadelfia, Estados Unidos, del 30 de septiembre al 31 de octubre de 1946.⁴³⁷ Con la participación de la delegación mexicana se esperaba que los profesionistas del país conocieran de primera mano los conceptos desarrollados en otros lugares del mundo y “mantuvieran una estrecha unión con los administradores de los hospitales más importantes del continente americano”.⁴³⁸

La delegación encabezada por Manuel Peláez destacó por participar en los acuerdos y firmas de la mayor parte de los convenios de la conferencia. Entre los temas relevantes, el grupo de mexicanos reafirmó su compromiso de que los profesionales de la medicina participaran en la formulación de los proyectos arquitectónicos de las clínicas y hospitales y administraran sus principales servicios técnicos al contar con el bagaje teórico suficiente para diseñar un organigrama de labores. Sin embargo, el convenio más importante se refirió a que los futuros programas hospitalarios se sujetarían a un rasgo fundamental: la construcción de nuevas unidades médicas debía seguir, en la medida de lo posible, un proyecto multidisciplinario que se adaptase a las características de los pacientes y a la comunidad donde se esperaba que tuviera algún impacto relevante.⁴³⁹

Por último, los compromisos alcanzados con la AIH apoyaron algunas antiguas demandas de las organizaciones de trabajadores. En el año de 1946, el doctor Norberto Treviño reconoció en un artículo dirigido a la Secretaría de Salubridad y Asistencia que al proyectar un hospital, ya fuera comunitario o al servicio de los trabajadores, “es preciso hacerlo de manera que pueda cumplir con varias funciones fundamentales”. Entre esas

⁴³⁶ Enrique Yáñez, arquitecto del Hospital “La Raza”, ya había participado en seminarios organizados por la Comisión de Planeación de Hospitales, dirigido por el urbanista suizo Hannes Meyer, con la aprobación del secretario Gustavo Baz Prada. SOTO-LAVEAGA, “Building the Nation of the Future”, pp. 279-280.

⁴³⁷ Manuel Peláez (1911-2008) fue un médico mexicano que trabajó desde la década de 1940 en el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Hospital Español. Norberto Treviño (1911-1998) fue un médico mexicano especialista en gastroenterología del Hospital General y la Secretaría de Salubridad y Asistencia durante 1940 y 1946.

⁴³⁸ “Secretaría de Relaciones Exteriores”, 1 de octubre de 1946, AHSS, FSSA, caja 12, expediente 4, hoja 4.

⁴³⁹ “Convention Digest”, *The Modern Hospital*, octubre de 1946, pp. 2 y 6.

ocupaciones mencionó conocer a profundidad los principales problemas de los pacientes y darles atención eficiente; efectuar adecuadas actividades preventivas dentro de su esfera de acción; y realizar labor educativa e instructiva entre los adultos de la comunidad para evitar cualquier tipo de crisis sanitaria.⁴⁴⁰

Entre las décadas de 1930 y 1940 comenzó a forjarse la imagen de los nosocomios como unas instituciones armónicas cuyas partes tenían que conservar una estrecha unión para que sus acciones pudieran proporcionar al trabajador herido o al paciente convaleciente “no solamente los beneficios de la ciencia médica, sino también albergue humanitario resultado de la concurrencia del trabajo científico de todo el personal ahí reunido”.⁴⁴¹ En el siguiente apartado explicaremos cómo esos conceptos se manifestaron en la planificación de las unidades médicas del IMSS en la Ciudad de México.

El plan de unidades médicas

Como se ha señalado en el capítulo anterior, cuando el Instituto inició las prestaciones médicas en la capital del país, en enero de 1944, carecía de recursos materiales para otorgar directamente esos servicios, y tuvo que recurrir a la renta o compra de espacios improvisados para satisfacer la demanda de los derechohabientes. Sin embargo, las primeras experiencias resultaron negativas. Los pacientes y afiliados en diversos momentos expresaron que estaban muy lejos de quedar satisfechos con los espacios y las actividades, lo que ocasionó intensa crítica pública.⁴⁴² Los problemáticos primeros pasos motivaron a varios personajes vinculados al IMSS a reconocer la urgencia de que el trabajador afiliado percibiera la atención médica en espacios mejor ideados.

Los primeros dos Directores del Instituto, los licenciados Vicente Santos Guajardo e Ignacio García Téllez, comprendieron las dificultades que las prestaciones y actividades experimentarían; por lo que desde 1943, con apoyo de dos representantes del Consejo Técnico, Francisco J. Macín (representante obrero) y Emilio Azcárraga (representante patronal), solicitaron al Presidente de la República empezar a proyectar, junto a los expertos reconocidos en la materia, los primeros establecimientos médicos del IMSS. Esos personajes

⁴⁴⁰ “Los hospitales en México”, 25 de agosto de 1946, AHSS, FSSA, caja 9, expediente 10, hojas 26-27.

⁴⁴¹ “Los hospitales en México”, 25 de agosto de 1946, AHSS, FSSA, caja 9, expediente 10, hoja 26.

⁴⁴² GARCÍA, *La Seguridad Social en México*, tomo I, pp.100-101.

creían que para garantizar el éxito del seguro social era necesario comenzar a construir clínicas y hospitales equipados “conforme a los requerimientos y técnicas nosocomiales modernas”, ya que “la insuficiencia de los servicios asistenciales públicos en el Distrito Federal no permitía satisfacer las exigencias de orden médico de otra manera”.⁴⁴³

Identificadas las principales preocupaciones, en el año de 1944 Ignacio García Téllez comisionó al doctor Gaudencio González para integrar grupos de estudio que analizaran la viabilidad de “instalar nuevas clínicas y hospitales para el seguro social” y cancelar paulatinamente los servicios y edificios rentados. La tarea de las comisiones fue proyectar la construcción de los locales para la asistencia médica del Instituto por medio de la elaboración de planes arquitectónicos y urbanísticos.⁴⁴⁴ Con esa estrategia se intentó definir un plan elemental para comenzar a trazar la red de clínicas del seguro en la capital.

Los grupos de profesionistas seleccionados por los directivos fueron variados, pero reflejaron el anhelo de presentar propuestas novedosas y multidisciplinarias. Entre los individuos elegidos se pueden mencionar a los médicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Antonio Sordo y Norberto Treviño; al arquitecto Ricardo Rivas, especialista del Departamento de Construcciones del IMSS; y al ingeniero José M. Álvarez.⁴⁴⁵ Bajo el mando del licenciado Ignacio García Téllez, el grupo ofreció un conjunto de nociones sobre lo que debían representar los hospitales modelos del seguro en la ciudad.

De esa manera, el ingeniero Álvarez y el doctor Treviño entregaron en agosto de 1944 un cuestionario sobre la construcción de un hospital, en la colonia Narvarte, a la Dirección de Servicios Médicos del IMSS y a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Aunque la obra citada nunca se concretó por completo, es importante repasar sus postulados porque ayudan a vincular el programa de construcciones con la teoría hospitalaria que se desarrolló en México entre las décadas de 1930 y 1940. En la introducción del cuestionario, el ingeniero José Álvarez expresó que los espacios de atención médica tenían que “proyectar su funcionamiento” de acuerdo a los problemas cotidianos de la población, por lo que

⁴⁴³ “C. General de División. D. Manuel Ávila Camacho”, 1 de septiembre de 1943, AHCM, AIIGT, sección IMSS, caja 15, carpeta 1, hojas 11-12.

⁴⁴⁴ *Memoria y Plan de Labores 1945*, p. 24.

⁴⁴⁵ Ricardo Rivas (1913-1998) fue un arquitecto mexicano que colaboró en la construcción del edificio del Sindicato Mexicano de Electricistas (1937) e impartió clases en la Escuela de Ingeniería y Arquitectura en el Instituto Politécnico Nacional.

recomendó que cualquier plan de hospital o clínica se escribiría desde el “punto de vista del INTERÉS DE LOS ASEGURADOS”.⁴⁴⁶ Por esa razón el analista propuso edificar tomando en cuenta dos factores fundamentales: el provecho general de la colectividad y el sistema vial de la capital. Los edificios debían demostrar que respetaban los parámetros modernos de la medicina y el urbanismo con la finalidad de no desentonar dentro del desarrollo económico, político y social de la capital.⁴⁴⁷

El cuestionario exhortó, de forma específica, que los centros médicos de cualquier tamaño o capacidad se ubicaran en zonas “lo más próximas a los núcleos de habitación de mayor densidad de los asegurados” y que “no afectaran a los jardines y parques públicos” de los barrios populares. Asimismo, los lugares seleccionados “destacarían por su fácil comunicación con las diversas colonias de la ciudad, para dar facilidades de servicio y comodidades en traslado al hospital al personal técnico y administrativo que habite fuera de él”, y a los familiares de los enfermos reclusos.⁴⁴⁸

Las clínicas y hospitales, que durante casi todo el siglo XIX permanecieron apartados de los centros poblacionales, ahora aprovechaban las principales arterias de circulación de las ciudades y la construcción de amplias banquetas en las colonias populares para facilitar el acceso de los pacientes o de sus familiares y para promover la puntualidad y la disciplina entre el personal médico, técnico y administrativo de los nosocomios. Con esas opiniones se intentó fortalecer la imagen de que los hospitales ya eran una parte importante de la urbe, ya que las avenidas permitirían que cualquier persona tuviera acceso al auxilio sin importar las largas distancias.⁴⁴⁹

Por su parte Norberto Treviño, un médico comprometido con la medicina hospitalaria, aportó algunas consideraciones que propugnaron que las unidades del IMSS, en cualquier parte de la Ciudad de México que decidieran implantarse, no podían convertirse “en una mole cerrada de edificios sino que, de acuerdo con los conceptos modernos de

⁴⁴⁶ Las mayúsculas son utilizadas por José M. Álvarez. “Contestación al cuestionario entregado por el departamento jurídico de la Secretaría del Trabajo”, 10 de agosto de 1944, AHSS, FSSA, sección particular, caja 22, expediente 1, hoja 1.

⁴⁴⁷ DRINOT, *La seducción de la clase obrera*, pp. 246 y 264.

⁴⁴⁸ “Contestación al cuestionario entregado por el departamento jurídico de la Secretaría del Trabajo”, 10 de agosto de 1944, AHSS, FSSA, sección particular, caja 22, expediente 1, hoja 2.

⁴⁴⁹ BAZ, “Programa de hospitales”, p. 298.

higiene,” contarían con “lugares libres con arboleda y jardín, cosa que beneficiará grandemente a las personas que vivan en las cercanías”. Además, solicitó que las obras permanecieran “a salvo de las banderas de humo, gases, ruidos y polvos” por medio de un sistema arquitectónico que permitiera la libre circulación del aire ya que “es bien sabido que factor tan importante como es la intervención médica, es la tranquilidad y la estancia en medios que por sí solos prestan a los enfermos la energía suficiente para ayudar al tratamiento”.⁴⁵⁰ Con esas frases, el doctor Treviño expresó la opinión de varios de sus compañeros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como Gustavo Baz y José Villagrán, y defendió que las futuras edificaciones no sólo tenían que ser modelos funcionales, también se convertirían en verdaderas “obras de arte urbanas” que contribuirían al crecimiento y embellecimiento de la capital de la República.⁴⁵¹

Un sistema integrado de clínicas

La elaboración de las bases teóricas para la formulación de nuevas clínicas y hospitales en México fue parte de un proceso de larga duración. Sin embargo, la construcción de una red de edificios hospitalarios por parte del seguro inició en el año 1946 bajo la conducción del licenciado Antonio Díaz Lombardo (Director del IMSS entre 1946 y 1952) un empresario fundador de Aeroméxico en la década de 1930, y hombre de confianza del Presidente Miguel Alemán Valdés.⁴⁵² Díaz Lombardo compartió con Alemán “la visión” de que las instituciones mexicanas debían realizar “esfuerzos de profundidad para cambiar su equipo humano y su enfoque administrativo” para hacer de México “un país en construcción”.⁴⁵³

El sexenio de Miguel Alemán (1946-1952) se caracterizó por sostener la idea de que los organismos estatales podían integrar grupos de estudio de distintas ramas de la ciencia, para que multiplicaran y mejoraran obras básicas para el desarrollo. Entre esas acciones se pueden mencionar la construcción de carreteras y espacios públicos y la ampliación de las

⁴⁵⁰ “Contestación al cuestionario entregado por el departamento jurídico de la Secretaría del Trabajo”, 10 de agosto de 1944, AHSS, FSSA, sección particular, caja 22, expediente 1, hojas 2-3.

⁴⁵¹ George Rosen señaló que una de los rasgos más importantes del hospital moderno es su capacidad de parecer un “órgano de la comunidad donde se construye”. Además, el edificio debe adaptarse a las características del espacio de origen y poder cambiar cuando la comunidad se transforma por cualquier contingencia. ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, p. 316.

⁴⁵² “A los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social”, 2 de diciembre de 1946, AHCM, AIIGT, sección IMSS, caja 15, carpeta 7, hoja 1.

⁴⁵³ GARGÍA, *La Seguridad Social en México*, tomo I, pp. 115-116.

escuelas de educación superior.⁴⁵⁴ Además, Alemán fue el gobernante al quien más se ha identificado con la industrialización. Su programa económico de acuerdo con el secretario de economía, Antonio Martínez Báez, estaba dirigido a mejorar las relaciones comerciales con Estados Unidos; así como a escuchar y fortalecer vínculos con los empresarios y a estimular la producción de energía eléctrica mediante un extenso programa de obras llevado a cabo por la Comisión Federal de Electricidad. Para el Presidente, el desarrollo industrial conduciría al país a una relativa autonomía y era el mejor medio de elevar el nivel de vida de la población mexicana.⁴⁵⁵

Respecto a la protección para los trabajadores, Antonio Díaz y Miguel Alemán se comprometieron públicamente a otorgar al seguro “servicios reales que lo ayuden a dignificar a la clase trabajadora”.⁴⁵⁶ Bajo aquel compromiso, el Director del IMSS nombró al doctor Neftalí Rodríguez como jefe de la Oficina de Planeación de Hospitales y a Guillermo Quintanar como responsable del Departamento de Construcción para planificar el sistema de unidades médicas. Para asegurar el paulatino desarrollo de las labores y las obras, año con año aumentaron las inversiones del IMSS destinadas a la construcción de inmuebles. En 1946 el Departamento de Contabilidad registró una inversión anual de \$26,350,475 en materiales de construcción y bienes raíces; seis años después, en 1952, la inversión por año había aumentado más del doble, hasta \$62,153,691.⁴⁵⁷

Con el apoyo estatal e institucional, Rodríguez y Quintanar se dedicaron a compilar propuestas y a reclutar personas que tuvieron la oportunidad de expresar sus ideas sobre el tema en el pasado. Entre los candidatos, el arquitecto José María Rivas y los doctores Norberto Treviño y Mario Quiñones fueron los elegidos para colaborar en el nuevo programa.⁴⁵⁸ Las primeras tareas de la Oficina de Planeación de Hospitales fueron reunir las inquietudes de los trabajadores organizados. Así, mineros de la sección 66 y 67 del Sindicato Minero y trabajadores de la CTM pudieron mencionar sus inconformidades y propuestas

⁴⁵⁴ Durante el sexenio de Miguel Alemán se construyeron casi 15, 000 kilómetros de carreteras, se inauguró Ciudad Universitaria (1952) y se construyeron mercados como el de Jamaica, La Merced y Mixcoac. LOEZA, “Modernización autoritaria”, pp. 674-676.

⁴⁵⁵ CANDELARIO, “Industrial Vallejo”, p. 71.

⁴⁵⁶ “Periodistas en el Seguro Social”, *Boletín de Información*, 1 de julio de 1947, pp. 1-2.

⁴⁵⁷ *Memoria de Labores de 1946*, p. 33; y GARCÍA, *La Seguridad Social en México*, tomo I, p. 233.

⁴⁵⁸ Mario Quiñones (1901-1973) fue un médico mexicano que fungió como jefe del servicio de gastroenterología del Hospital Militar y maestro titular de la clínica de gastroenterología de Universidad Nacional Autónoma de México desde la década de 1930.

sobre los servicios del IMSS durante el año de 1947. Las opiniones se concentraron principalmente en una crítica a los hospitales rentados por el seguro social. Los sindicatos señalaron que las clínicas y sanatorios al no estar ubicados en zonas cercanas a los hogares de la clase trabajadora regularmente fracasaban en ofrecer asistencia y auxilios básicos. Los afiliados también mencionaron que “los enfermos tienen que realizar largas filas para ser atendidos” ya que los locales no estaban preparados para recibir “gran cantidad de pacientes”.⁴⁵⁹ Esos reclamos reforzaban las inquietudes que produjeron las estadísticas del Instituto. Las memorias de labores de los años de 1945 y 1946 señalaron que las instalaciones del seguro en la ciudad sólo contaban con 3,244 camas y 778 médicos de planta, para una población de 651,664 afiliados, entre trabajadores y sus familiares.⁴⁶⁰

Aunque no todos los obreros tuvieron la misma oportunidad de ser escuchados, pocos días después de las entrevistas a los miembros de la CTM, la Dirección General y el jefe de la Oficina de Planeación se comprometieron a tomar en cuenta las quejas de las organizaciones de la clase laborante y poner en marcha un “proyecto de mejoras en el seguro social”. De la misma manera, se prometió que se explicaría a fondo en qué consistían esas actividades de ampliación de servicios y cómo beneficiaría a todos los derechohabientes de la Ciudad de México.⁴⁶¹

El proyecto fue presentado entre enero y febrero de 1948, en el marco del cuarto aniversario del inicio de funciones del Instituto en la capital del país, e hizo referencia un nuevo sistema integrado de centros de salud. El encargado de explicar el sistema fue el doctor Neftalí Rodríguez. El jefe de la Oficina de Planeación mencionó que al investigar los problemas del IMSS el que mayor relevancia adquirió fue el de tratar de habilitar las prestaciones en locales adecuados, de suficiente capacidad y calidad. La declaración también explicó que retomando las recomendaciones de los trabajadores y los pacientes, un grupo de expertos en la materia, dirigidos por el arquitecto Guillermo Quintanar, habían comenzado

⁴⁵⁹ “Enfermos tienen que hacer cola en el Seguro”, *Últimas Noticias*, mayo de 1947, p. 8; y “Los enfermos oímos, vemos y sentimos”, *El Popular*, 24 de junio de 1947, pp. 7 y 9.

⁴⁶⁰ *Memoria y Plan de Labores 1945*, pp. 19-21; *Memoria de Labores de 1946*, pp. 20 y 38.

⁴⁶¹ “Proyecto de mejoras en el Seguro”, *Excelsior*, 29 de junio de 1947, pp. 1 y 17.

la planeación de clínicas nuevas en la capital que servirían de modelo para la futura expansión de las actividades del seguro social por todo México.⁴⁶²

Siguiendo las ideas desarrolladas en años de anteriores, los directivos del Instituto mencionaron que “la formulación de los centros médicos se ha supeditado a las necesidades de la población y a las condiciones urbanas y físicas del lugar en que se encuentran”, por lo que los parámetros que se tomaron en cuenta fueron: el número de habitantes y derechohabientes; y el nivel de desarrollo industrial en diversas partes de la capital.⁴⁶³ Considerando esas variables, los estudios de los colaboradores llegaron a la conclusión de que los principales centros de trabajo y desarrollo industrial se encontraban en el norte y centro de la ciudad; en las delegaciones de Azcapotzalco y Gustavo A. Madero y el Departamento Central. Unas demarcaciones que tuvieron en conjunto casi 1,600,000 habitantes y que, desde la década de 1930, contaban con las zonas industriales de Pantaco y Xochimanca que se caracterizaron por la consolidación de talleres de producción de tabique, fábricas de transformación de productos animales y plantas de generación de acero. Al final se mencionó el suroeste de la ciudad, en particular la Delegación Villa de Obregón que a finales de la década de 1940 tenía 93,000 habitantes y que contaba con la zona industrial de las Lomas de Becerra que concentró algunas industrias de producción de papel y muebles.⁴⁶⁴

Las consideraciones de la Oficina de Planeación de Hospitales no eran fortuitas. Los directivos aprovecharon el proyecto industrializador y urbanizador que el gobierno federal había comenzado en el norte de la ciudad. Desde el 10 de abril de 1945, Manuel Ávila Camacho decretó, con la ayuda de la Comisión de Planificación del Distrito Federal, la proyección de dos zonas industriales ubicadas al oriente de Azcapotzalco: San Antonio y Vallejo. El deseo de impulsar económicamente esa región de la capital motivó la construcción de vías de comunicación que facilitaron el transporte de productos de las fábricas y conectaron a sus trabajadores con el centro de la urbe. A finales de la década de 1940, las delegaciones de Gustavo A. Madero y Azcapotzalco tenían ferrocarriles urbanos y

⁴⁶² “Solución integral a los problemas médicos del Seguro Social”, *Boletín de Información*, 1 de febrero de 1948, pp. 8-9.

⁴⁶³ “Solución integral a los problemas médicos del Seguro Social”, *Boletín de Información*, 1 de febrero de 1948, p. 9.

⁴⁶⁴ Esas zonas de la ciudad también se vieron beneficiadas por la construcción de medios de comunicación, como las estaciones del ferrocarril de Buenavista, Hidalgo y Santiago. *Memoria de Labores 1950*, p. 240; CRUZ, “Configuración espacial de la industria”, pp. 169-176; y RODRÍGUEZ, “Ciudad oficial”, p. 430.

tranvías eléctricos que daban servicio a sus localidades desde las seis de la mañana. Asimismo, se crearon avenidas: Cuitláhuac, Camarones, Las Granjas y Calzada Vallejo. A mediados del siglo XX esas dos delegaciones ya habían establecido una red tupida y compleja de caminos sobre cuyos ejes la ciudad creció, hasta establecer el continuum que es ahora.⁴⁶⁵

Con todos los datos recabados, los encargados del estudio de planeación y construcción acordaron establecer la mayoría de los centros médicos cerca de las delegaciones mencionadas, ya que “una buena parte de la población reside alrededor de los centros industriales”, además una condición importante de las edificaciones era que garantizaran el fácil acceso de los trabajadores y sus familias por medio de diversos medios de transporte, como eran los tranvías o camiones de pasajeros.⁴⁶⁶ Entre los años de 1948 y 1950 se levantó una pequeña red de 10 clínicas del IMSS en la urbe. Cada unidad de esa red fue presentada con una justificación demográfica y sus principales áreas territoriales de influencia como muestra la tabla 10 y el mapa 1.

⁴⁶⁵ CANDELARIO, “Industrial Vallejo”, pp. 147-150 y 154-155.

⁴⁶⁶ *Memoria de Labores 1950*, p. 240.

Tabla 10. Red de nuevas unidades médicas del IMSS, 1948-1950.

| Clínica | Año de construcción | Área de influencia | Expectativa de derechohabientes beneficiados |
|--|---------------------|--|--|
| Clínica de Santa María de la Ribera | 1948 | Departamento Central | 50, 000 |
| Clínica de la Colonia Morelos | 1948 | Departamento Central | 50, 000 |
| Clínica de la Colonia de los Doctores | 1948 | Departamento Central | 50, 000 |
| Clínica de la Colonia Roma | 1948 | Departamento Central | 20, 000 |
| Clínica de Tacubaya | 1949 | Departamento central y Delegación Azcapotzalco | 40, 000 |
| Clínica de Tacuba | 1949 | Delegación Azcapotzalco y Delegación Gustavo A. Madero | 60, 000 |
| Clínica de Plaza del Carmen | 1950 | Delegación Villa de Obregón | 40, 000 |
| Clínica Esquina Corregidora/ Merced Balbuena | 1950 | Departamento Central | 60, 000 |
| Clínica de Contreras | 1950 | Delegación Villa de Obregón | 25, 000 |
| Clínica del Puerto Aéreo | 1950 | Departamento Central y Delegación Gustavo A. Madero | 3, 000 |

Fuente: *Memoria de Labores 1950*, p. 241; y García, *La Seguridad Social en México*, tomo I, p. 147.

Con los discursos de promoción del programa y la consolidación de los centros médicos, los directivos del Instituto intentaron dejar en claro que las promesas de protección a los trabajadores de la Revolución Mexicana, y el desarrollo de la “rama monumental” de la medicina, la hospitalaria, se introdujeron en el centro neurálgico de la capital y en el corazón de los barrios obreros (imagen 9).⁴⁶⁷ Sin embargo, las construcciones apenas se constituyeron

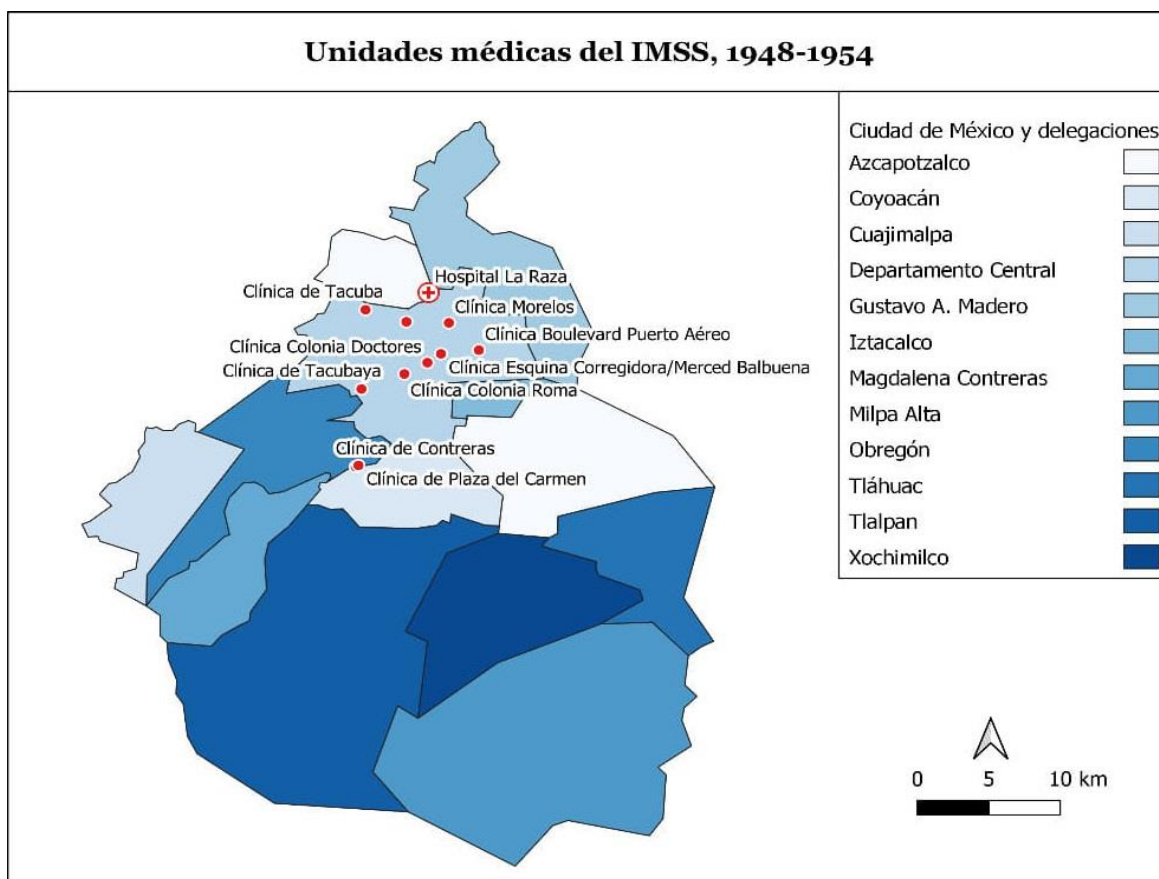
⁴⁶⁷ FULTON, “Revolutionary fire”, pp. 161-164.

como una mediana red de clínicas que no terminaron de satisfacer por completo las crecientes solicitudes de asistencia.

Las unidades se diseñaron para atender a un máximo de 398,000 pacientes en una ciudad que tenía 702,334 habitantes asegurados en 1950, por lo que sólo se podían atender las necesidades del 56% de los afiliados. También, al enfocar las prestaciones en el suroeste y norte de la capital, el IMSS discriminó a un grupo de trabajadores que tuvo que desplazarse a centros de salud alejados de sus hogares. Ese fue el caso de los empleados de la empresa comercializadora “Distribuidora la Atlántida”, ubicada al sur de la Ciudad de México. El jefe del departamento de personal, y un grupo de trabajadores, mencionaron a la Dirección de Servicios Médicos del seguro que cuando los empleados enfermos visitaban alguna clínica “a los doctores no les importaba el tiempo invertido en el traslado” y “sin ni siquiera examinarlos y auscultarlos debidamente sino que únicamente se concretan a hacerles 2 o 3 preguntas, escriben su receta y los retiran inmediatamente”.⁴⁶⁸

⁴⁶⁸ “R. González, jefe del departamento de personal de Distribuidora Atlántida”, 10 de febrero de 1953, AHSS, FSSA, sección particular, caja 22, expediente 1, hoja 1-2.

Mapa 1



Fuente: *Memoria de Labores 1950*, p. 241; y García, *La Seguridad Social en México*, tomo I, p. 147.

Los trabajadores alejados de las clínicas tuvieron que conformarse con recibir visitas médicas a domicilio. En el año de 1948, la Subdirección Médica estableció un equipo telefónico “atendido por un numeroso cuerpo de telefonistas-reportadoras” que intentaban registrar los problemas de los afiliados para enviar “médicos motorizados de emergencia” desde la clínica más cercana. Sin embargo, esa actividad fue duramente reprochada porque los doctores que realizaban visitas domiciliarias tuvieron que acortar drásticamente el tiempo de sus servicios, ya que su registro de pacientes diarios era muy elevado. El *Boletín de Información* llegó a mencionar que en 1948 se realizaron más 15,000 visitas a domicilio al mes.⁴⁶⁹ Esos casos demostraban que al enfocarse en las condiciones urbanas e industriales de la capital, los “ingenieros” del sistema de clínicas otorgaron más importancia a las zonas

⁴⁶⁹ “Memoria de labores de 1948”, *Boletín de Información*, 16 de octubre de 1949, p. 15.

fabriles consolidadas de la ciudad, excluyendo durante ese periodo a otras demarcaciones y entorpeciendo la atención a una parte considerable de la población.

Imagen 9



El Departamento de Construcciones del IMSS publicó periódicamente los avances en la edificación de clínicas. El objetivo era señalar la actualización de los servicios médicos. Fotografía de la clínica de la Colonia Morelos en la Ciudad de México. “Solución integral a los problemas médicos del Seguro Social”, *Boletín de Información*, 1 de febrero de 1948, p. 9.

Ejemplos como el de la “Distribuidora la Atlántida” expusieron que el paulatino desarrollo de clínicas dentro de la Ciudad de México transformó, de manera significativa, las concepciones clásicas de la medicina preventiva y laboral que habían sido utilizadas para fundar el régimen del seguro social bajo el mando del Dr. Gaudencio González y la colaboración del Dr. Enrique Arreguín en la Oficina de Riesgos Profesionales. Así lo dejó en claro Antonio Díaz Lombardo durante el resumen de labores del año de 1950:

Los centros médicos del seguro por lo tanto se han planificado y construido con el propósito de la conservación de la salud...la acción curativa en dichos centros parte del conocimiento, en forma oportuna, de la enfermedad que padece el asegurado para prodigarle la conveniente atención si el mal se ha declarado, a cuyo efecto son condiciones fundamentales el diagnóstico precoz y el empleo de los recursos terapéuticos apropiados.⁴⁷⁰

⁴⁷⁰ *Memoria de Labores 1950*, p. 238.

En esas palabras se puede atestiguar que, en la nueva etapa del IMSS, el éxito del servicio médico pasaba por “socializar” la medicina curativa en los nosocomios. El paciente debía transitar por un proceso de vigilancia hospitalaria (diagnóstico y curación) que lo ayudara a volver a la vida social como un factor económico. En este nuevo espíritu, la medicina debía restituir al trabajador su valor productivo. Según Gustavo Baz, el ideal era que las clínicas ayudaran a disminuir las cargas sociales, sobre todo las ocasionadas por una incapacidad física que pudiera remediarse con los procesos adecuados de asistencia hospitalaria.⁴⁷¹ La confianza en el nuevo enfoque de la institución se representó en cifras. La prensa capitalina comenzó a llenar sus páginas con gráficos que señalaban el número de intervenciones quirúrgicas realizadas cada mes y la cantidad de clínicas con las que contaba el Instituto.⁴⁷² La finalidad de esos estudios era subrayar que las prestaciones que otorgaba el IMSS requerían de un engranaje racionalizado de unidades hospitalarias y de equipo médico.

La consolidación de la perspectiva hospitalaria se vio reflejada en la práctica de los galenos. Bernardo Sepúlveda, Jefe del Departamento de Planeación y Organización de los Servicios Médicos, indicó a finales de los cincuentas que los objetivos más importantes que se le habían fijado a la medicina en los regímenes de seguridad social se podían resumir en cinco puntos: 1. Impartir las prestaciones médicas. 2. Hacer llegar a la población los beneficios derivados de los avances de la medicina. 3. Organizar los servicios médicos sobre una base institucional. 4. Impulsar el avance científico de la medicina. 5. Procurar las mejores condiciones de trabajo para todo el personal.⁴⁷³ De esta manera, la unidad médica se convirtió en el elemento más trascendente en materia de salud, al ser el espacio donde se desarrollaban las funciones de “bienestar social”. Bajo esa lógica, las relaciones de los doctores con los pacientes presentaron una característica interesante: se reforzó la autoridad del profesional de la medicina. En el régimen hospitalario, los enfermos debían ser llevados de forma obligada en frente del médico el cual tenía la última palabra para disponer su internamiento y en la medida de lo posible su tratamiento.⁴⁷⁴

⁴⁷¹ BAZ, “Programa de hospitales”, p. 299-300.

⁴⁷² “El Seguro Social en cifras”, *Boletín de Información*, 15 de marzo de 1950, p. 23-24.

⁴⁷³ CÁRDENAS DE LA PEÑA, *Servicios médicos del IMSS*, p. 20.

⁴⁷⁴ BRANDT y GARDNER, “The Golden age of medicine?”, p. 28-29.

Para mostrar la racionalización de la medicina hospitalaria, el 16 de diciembre de 1951 el *Boletín de Información* publicó una nota que explicaba las tareas de la clínica número 1, ubicada en la calle de Orizaba número 15 de la Ciudad de México. El reportero resaltó la coordinación del equipo médico: los 52 doctores y 35 enfermeras laboraban “desde las 8 de la mañana hasta las 9 de la noche ininterrumpidamente. A primera hora las enfermeras pasan a la Central de Abastecimientos a recoger los aparatos e instrumental que previamente han solicitado los médicos de cada servicio para atender los distintos casos que requieren sus pacientes”.⁴⁷⁵ También se describió la disciplina que el personal del seguro imponía sobre los derechohabientes con la finalidad de asignarles algún tratamiento que los curara en el menor tiempo posible. El artículo mencionó que la clínica contaba con un puesto de enfermeras que controlaba la admisión de las personas por medio de señales luminosas que indicaban los consultorios vacíos. Una vez adentro del consultorio, el doctor escribía al afiliado un documento personal y único (historia clínica) en el que aparecían todos los datos relacionados con su salud para saber el tipo de caso tratado y los elementos materiales necesarios. En caso de ser preciso, la clínica contaba con una sala de reuniones en la que los médicos discutían casos serios o “difíciles científicamente”. En ese espacio se exponían “las dificultades que se han encontrado” para obtener la cura de algún paciente, “entonces con la más amplia libertad de crítica y autocrítica, se inicia el estudio del tema” y se investigaba “la solución debida”.⁴⁷⁶ La ejecución precisa de todas esas prácticas fortaleció el postulado de que sólo el personal de los centros de salud podía comprender los padecimientos de los asegurados y ofrecerles asistencia por medio de recursos terapéuticos oportunos.

A pesar del discurso idealista de la prensa oficial, se puede apuntar que el enfoque de la medicina hospitalaria significó la decadencia de una de las raíces del régimen del seguro social que se impulsó entre 1944 y 1948: la medicina laboral preventiva. Los datos oficiales revelaron que el auxilio médico por causa de accidentes de trabajo en la Ciudad de México no registró una tendencia importante a la baja, incluso aumentaron considerablemente en algunos años como muestra la tabla 11.

⁴⁷⁵ “Notas médicas. Cómo trabaja la clínica no. Uno”, *Boletín de Información (suplemento)*, 16 de diciembre de 1951, p. 32.

⁴⁷⁶ “Notas médicas. Cómo trabaja la clínica no. Uno”, *Boletín de Información (suplemento)*, 16 de diciembre de 1951, p. 32.

Tabla 11. Servicios otorgados por el IMSS por causa de accidentes del trabajo

| Años | Total de Casos |
|------|----------------|
| 1947 | 20,234 |
| 1948 | 22,346 |
| 1949 | 22,793 |
| 1950 | 20,135 |
| 1955 | 19,983 |
| 1956 | 21,036 |

Fuente: *Memoria de Labores 1950*, p. 63; e “Informes de los Directores a la Asamblea General, 1952-1957”, sin fecha, CUIIGTC, Fondo Reservado, hojas 1-2.

La estadística presentada sugiere que las prestaciones médico/hospitalarias se ocuparon más de curar los daños y lesiones de los trabajadores que de poner un freno a su deterioro físico a largo plazo.⁴⁷⁷ Aquellos hechos contundentes no pasaron desapercibidos para algunos personajes prominentes de la historia del seguro. En abril del año de 1959, el licenciado Ignacio García Téllez apuntó que el IMSS debía volver a planear, de forma urgente, programas de prevención de accidentes laborales, porque a su consideración los números volvían a ser escandalosos y parecía que ya no existía un órgano que planificara su vigilancia y disminución en el futuro.⁴⁷⁸

El incremento de los incidentes en las áreas de trabajo y las recomendaciones de García Téllez parecen indicar que los directivos del Instituto dejaron de destinar esfuerzos a la prevención de accidentes y la formación de mejores condiciones de trabajo. En cambio, la mayor parte de las energías de los grupos de estudio técnico se focalizaron en la creación de proyectos que se concentraron por completo en soluciones hospitalarias e indemnizatorias. Ese proceso impidió la posibilidad de que un plan colectivo (formado por médicos, trabajadores y patrones) valorara e intentara solucionar de manera integral los problemas de los trabajadores vinculados a sus actividades laborales. Esa idea se apoya en el hecho de que las páginas de la prensa se llenaron de artículos que destacaban la inauguración de una clínica

⁴⁷⁷ Diego Ortúzar observa un proceso similar en caso chileno, la medicina del trabajo y la seguridad social en la década de 1940 parecieron inclinarse mucho más por la reparación de los daños que en la prevención. ORTÚZAR, “Legislación y medicina”, consultado el 20 de abril del 2018, pp. 1-15, link: <http://nuevomundo.revues.org/66007>

⁴⁷⁸ “Observaciones en torno del Seguro Social”, 1 de abril de 1959, AHCM, AIIGT, sección IMSS, caja 16, carpeta 25, hoja 3.

pero nunca de crónicas que relataran la entrega de material de protección (casco, lentes o guantes) que ayudara a la clase laborante a optimizar sus condiciones reales de trabajo.⁴⁷⁹

La construcción del hospital “La Raza”

El acontecimiento culminante del proceso de consolidación de la medicina de los “grandes hospitales” se alcanzó con la construcción e inauguración del hospital “La Raza” en el año de 1952. Ese centro médico fue planeado por un comité multidisciplinario de profesionistas como la primera pieza fundamental del sistema de unidades médicas y, además, la obra representó simbólicamente el compromiso del seguro social con la medicina hospitalaria en la República Mexicana.⁴⁸⁰

La realización del hospital fue el plan más ambicioso del IMSS durante el periodo estudiado. La planificación del edificio empezó con la idea de construir un gran centro médico en una demarcación que permitiera cubrir servicios de medicina y cirugía a la mayor cantidad de pacientes posibles. En septiembre del año de 1944 el Departamento de Construcciones del Instituto lanzó la convocatoria para crear el anteproyecto del hospital. El jurado calificador estuvo integrado por tres funcionarios del Instituto; el doctor Guillermo Dávila, el arquitecto Ricardo Rivas y el Director General Ignacio García Téllez, y un representante de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el doctor Antonio Sordo.⁴⁸¹ El programa médico, al que se sujetarían los participantes, reveló que los proyectos tenían que asegurar la realización eficiente de las actividades de los nosocomios modernos: “a) atención de asegurados y beneficiarios, b) prevención de las enfermedades, c) investigación científica y d) divulgación médico-higiénica”.⁴⁸² Las normas en las que se apoyarían los participantes ayudan a vislumbrar que los directivos del Instituto consideraban al hospital el principal agente de provecho social. El diseño arquitectónico tenía que ayudar a adecuar, en un solo

⁴⁷⁹ “Más centros médicos del seguro social”, *El Nacional*, 31 de enero de 1948, pp. 1 y 4.

⁴⁸⁰ “Historia hospital de “La Raza”, sin fecha, Archivo de Arquitectos Mexicanos (AAM), Fondo Arquitecto Enrique Yáñez (FEY), catálogo de documentos, caja 5, separador J, hoja 1.

⁴⁸¹ *Concurso para el anteproyecto*, pp. 3-4.

⁴⁸² Entre los escritores del programa médico del hospital se encontraban los médicos Gaudencio González, Guillermo Dávila y Neftalí Rodríguez. “Historia hospital de “La Raza”, sin fecha, AAM, FEY, catálogo de documentos, caja 5, separador J, hoja 2.

edificio, las funciones médicas más complejas e importantes del seguro, como la curación, la divulgación y la educación higiénica del trabajador y su familia.

En el concurso intervinieron nueve arquitectos que entregaron 130 planos para ser examinados por el jurado. Entre los participantes se pueden mencionar a Mario Pani, Enrique Yáñez, Raúl Cacho, Guillermo Gargolla, Alberto T. Arai, entre otros profesionistas que se habían distinguido en la construcción hospitalaria. El 30 de diciembre de 1944 el Departamento de Construcciones emitió el fallo a favor de Enrique Yáñez. La decisión del jurado se basó en la amplia experiencia del arquitecto Yáñez “en obras monumentales similares”, como el edificio del Sindicato Mexicano de Electricistas (1937-1940) y el hospital general de Veracruz (1940), y por haber presentado “la mejor solución funcional de conjunto, que tomó en cuenta siempre el principio de máxima economía-rendimiento en los planos de la edificación”. El jurado valoró que el proyecto se acoplara perfectamente a las principales vías de comunicación en las que se encontraba el terreno del futuro hospital, como lo era la Calzada de Vallejo en la Delegación Azcapotzalco. Como se puede inferir, la elección del Departamento de Construcciones se fundamentó en que el plan de Yáñez eliminaría el caos de la vida urbana, en los alrededores del edificio, creando zonas de entradas y salidas en una avenida que evitara el “caos en movimiento” y las aglomeraciones.⁴⁸³

Por otra parte, la innovación del programa del hospital consistió en crear en el terreno entre el Paseo de las Jacarandas y la Calzada Vallejo en la Delegación Azcapotzalco, justo enfrente del recién terminado Monumento al Pueblo (Monumento a La Raza), un conjunto de tres unidades: un hospital de 11 pisos con capacidad para más de 500 camas y con servicios de diversas especialidades médicas; una clínica de consulta para otorgar atención de medicina general; y un edificio independiente para pacientes infecciosos. El arquitecto Yáñez y el Departamento de Construcciones concibieron el hospital como el primer centro médico de zona que se vincularía y auxiliaría a las clínicas del centro y norte de la ciudad (clínicas de Tacuba, Santa María, Colonia Morelos y del Puerto Central Aéreo), que contaban con casi 200,000 asegurados, en “especialidades médicas que fomenten la conservación y

⁴⁸³ “Historia hospital de “La Raza”, sin fecha, AAM, FEY, catálogo de documentos, caja 5, separador J, hojas 4-5.

fortalecimiento de la salud”.⁴⁸⁴ Los autobuses marca Chevrolet que trasladaban hasta once pasajeros y transitaban por toda la Calzada Vallejo, conectando Azcapotzalco, Tacuba y el centro de la urbe, era uno de los medios de transporte que se pensó facilitaría el vínculo del nosocomio con los afiliados y los pacientes de las unidades más pequeñas del seguro social.⁴⁸⁵

La confianza en el nuevo edificio se manifestó cuando algunas maquetas y planos fueron expuestos durante la Reunión del Comité Interamericano de Seguridad Social (CISS), celebrada en el Palacio de Bellas Artes en julio de 1945 (imagen 10). El evento contó con la presencia de personalidades como Jeff Rens, subdirector de la Organización Internacional del Trabajo, y varios delegados de países americanos como Brasil, Costa Rica, Guatemala, Chile y Argentina. En ese marco, García Téllez y Enrique Yáñez presentaron uno de los proyectos más grandes del IMSS con la intención de obtener la aprobación internacional y sentirse a la vanguardia de las labores en materia de seguridad médica y social.⁴⁸⁶ Los deseos de los dirigentes del Instituto fueron complacidos con creces cuando el Presidente del CISS, Arthur Altmeyer, declaró que el seguro social en México daba un paso importante “con la próxima inauguración de un moderno hospital de zona”; una obra que “ayudará a vigilar el desarrollo positivo de la clase trabajadora”.⁴⁸⁷ Así, el Instituto consiguió el apoyo regional para orientar sus esfuerzos y prestaciones dentro de un ambicioso programa de medicina hospitalaria.

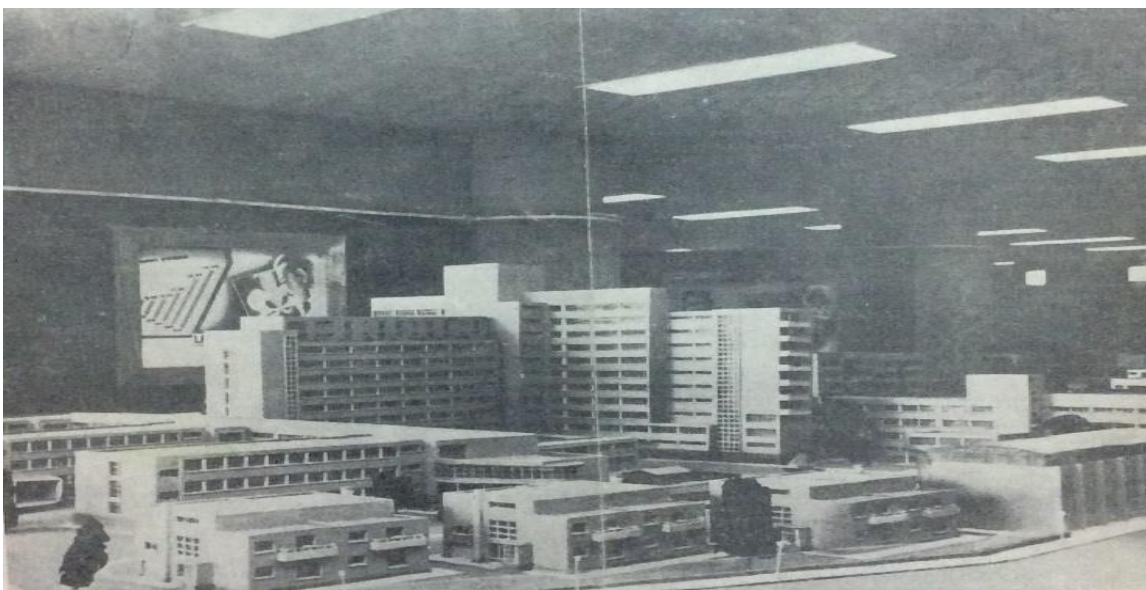
⁴⁸⁴ La sección de especialidades del hospital estaba compuesto por traumatología, ortopedia, oftalmología, neuropsiquiatría, urología, ginecología, endocrinología, enfermedades de la nutrición y neumología. *Memoria de Labores 1950*, p. 241; y LEAL DE ARAUJO, *Aspectos económicos*, pp. 56.

⁴⁸⁵ CANDELARIO, “Industrial Vallejo”, p. 149.

⁴⁸⁶ Investigadores, como Fabián Herrera y Jill Jensen, han sugerido que la colaboración de los Estados latinoamericanos dentro de organismo internacionales, como la OIT y el Comité Interamericano de Seguridad Social, respondió al deseo de adquirir reconocimiento diplomático para poder participar en el complicado proceso de creación de un derecho internacional de carácter social. Más información se halla en HERRERA, “México y la Organización Internacional del Trabajo”, pp. 236-355; y JENSEN “From Geneva to the Americas”, pp. 215-240.

⁴⁸⁷ “El seguro social mexicano tiene unas bases sólidas”, *El Popular*, 23 de julio de 1945, p. 1; y “Se enalteció la obra sobre el seguro social de México”, *El Nacional*, 31 de julio de 1945, p. 1.

Imagen 10.



La maqueta del hospital “la Raza” presentada en la Reunión del Comité Interamericano de Seguridad Social (CISS), celebrada en el Palacio de Bellas Artes en julio de 1945, formó parte de una exposición permanente en la sede del IMSS de la Avenida Paseo de la Reforma. “Exposición que quedará instalada en el 3er piso de nuestro nuevo edificio”, *Boletín de información*, 1 de enero de 1951, p. 1.

A pesar del entusiasmo, la edificación se desarrolló con un ritmo lento, por las características monumentales de la obra y el periodo de incertidumbre que experimentó el IMSS entre 1944 y 1948, hasta que en octubre de 1952 se llevó a cabo la inauguración del hospital. La fecha no fue elegida de manera casual, la ceremonia de apertura coincidió con una etapa de construcciones porque demostraba simbólicamente que el seguro “entró en una etapa de expansión en el que la medicina ofrecida en sus clínicas ayudaba a crear un pueblo sano y vigoroso”.⁴⁸⁸ Es importante mencionar la intensa promoción que la Dirección General del Instituto otorgó al acontecimiento. Diversas entrevistas, foto-reportajes y folletos registraron declaraciones en las que se afirmó que el hospital “La Raza” “era el mejor del continente” ya que expresaba el compromiso del “seguro social de llevar la medicina científica a las familias de los trabajadores mexicanos”.⁴⁸⁹

Toda la retórica y la festividad del evento también vinieron acompañadas con un nuevo plan de alcances nacionales: la base de la expansión de las prestaciones médicas sería,

⁴⁸⁸ “Hospital La Raza. Próxima inauguración”, *Boletín de Información*, 16 de septiembre de 1952, pp. 31-32.

⁴⁸⁹ “El mejor hospital de América Latina”, *Excelsior*, 9 de noviembre de 1952, sección de rotograbado; y SOTO-LAVEAGA, “Building the nation of the Future”, p. 281.

a partir de ese momento, la infraestructura hospitalaria. En un artículo de la revista *Construcción Moderna*, Neftalí Rodríguez mencionó que, con un terreno ocupado de 40,000 metros y con un costo de 37 millones de pesos, “la nueva unidad médica se transformó en un ejemplo para el establecimiento de los servicios del Instituto en todo el país”. El jefe de la Oficina de Planeación consideraba que la acumulación en un solo edificio de las principales prestaciones del seguro facilitaría su administración. Incluso, servicios que se otorgaban a domicilio u otros espacios, como las labores de prevención de riesgos profesionales o los servicios de maternidad, alcanzarían mayor eficiencia en las unidades del IMSS. Por ejemplo, las actividades de prevención de riesgos “aprovecharían los auditorios y aulas al interior del hospital” para ofrecer “conferencias educativas sobre higiene privada e industrial”. Por otra parte, “la protección a la madre y el niño se realizará por medio de una sección materno-infantil que se ocupará de los cuidados prenatales y postnatales”. Además, en ese mismo lugar se podían adaptar “locales bien dotados para la enseñanza de la puericultura”.⁴⁹⁰

El hospital al transformarse en el edificio en el que cabían la educación y la curación de los pacientes, se presentaba como el elemento imprescindible para llevar a cabo la tarea de mantener la salud y la fuerza de la clase trabajadora.⁴⁹¹ Al considerar a las unidades como los puntos más importantes de la difusión de la asistencia del IMSS, el doctor Rodríguez exteriorizaba un quiebre significativo entre la nueva medicina hospitalaria y las acciones de medicina preventiva-laboral y de educación industrial en las que el Instituto se desempeñó durante sus primeros años de existencia. También, ese enfoque se alejó mucho más de los servicios de medicina social-preventiva y de resguardo de la niñez que las enfermeras visitadoras y los técnicos en salubridad pública habían ofrecido en poblaciones urbanas y rurales de México, desde la década de 1930, con el apoyo del Departamento de Salubridad.⁴⁹²

Por último, la confianza incitada por la etapa de construcciones despertó el interés por trasladar las estrategias desplegadas en la capital al resto del país. En opinión de la Dirección General la consolidación de la atención médica y social se alcanzaría con la construcción gradual de una red nacional de hospitales que favoreciera, en un primer

⁴⁹⁰ “Una gran obra. El hospital de la raza”, *Construcción Moderna*, 1 de agosto de 1952, pp. 34-36.

⁴⁹¹ MARTÍNEZ, “El obrero recuperado”, pp.352-355.

⁴⁹² Un análisis profundo de cómo, ante la falta de centros hospitalarios en múltiples localidades del territorio mexicano, surgieron las figuras de la enfermera visitadora y la enfermera sanitaria se halla en AGOSTONI, “Las mensajeras de la salud”, pp. 89-120.

momento, a las zonas industriales. Aprovechando la información de los primeros pasos del sistema de centros médicos de la Ciudad de México, la expansión de los hospitales del Instituto podía tomar en cuenta el desarrollo de las vías de comunicación, la situación geográfica y la densidad de la población asegurable de todos los territorios de la República.⁴⁹³

La Oficina de Planeación también apoyó la idea de que para comenzar la construcción del sistema hospitalario del país era fundamental apoyarse en la práctica de la capital y estudiar los factores demográficos, la distribución y concentración de trabajadores y el desarrollo de las comunicaciones en el resto de la nación. Además, sostuvo que los técnicos encargados de la implantación de las prestaciones debían dialogar con las clases trabajadora y patronal en las futuras regiones beneficiadas, ya que la negociación política era un factor fundamental en el éxito de la expansión del IMSS.⁴⁹⁴ El entusiasmo traspasó el discurso institucional y se plasmó en obra arquitectónica. En el año de 1955, el *Compendio estadístico* de la Secretaría de Economía informó que el Instituto contaba con más de 5 hospitales y 56 clínicas en la capital del país, Puebla, Monterrey, Guadalajara, Orizaba y Oaxaca (tabla 12).

Tabla 12. Unidades médicas del IMSS en 1954.

| Unidad médica | Ciudad de México | Puebla | Monterrey | Guadalajara | Orizaba | Municipios del Estado de México aledaños a la capital | Oaxaca |
|-----------------------------|------------------|--------|-----------|-------------|---------|---|--------|
| Hospitales | 1 | - | 2 | - | - | - | 2 |
| Clínicas | 15 | 20 | 9 | 1 | 5 | 5 | 1 |
| Puestos de fábrica | 145 | 5 | 27 | 5 | 10 | 23 | 0 |
| Puestos médicos periféricos | 4 | 0 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 |

Fuente: *Compendio estadístico 1955*, pp. 107-110.

Las recomendaciones y actividades de la Oficina de Planeación fueron respaldadas con la presencia de Francisco J. Macín, representante de la CTM, y el licenciado José Joaquín

⁴⁹³ *México y la Seguridad Social*, tomo II, parte I, p. 14.

⁴⁹⁴ “Red hospitalaria nacional”, *Boletín de Información*, 15 de marzo de 1950, pp. 30-31.

César, fundador de la empresa Teléfonos de México, en la apertura del hospital “La Raza”. Ambos personajes, miembros de los consejos obrero-patronales del Instituto, declararon que la obra inaugurada “sólo tendrá verdadera relevancia si los principios de la solidaridad social lograban introducirse en varios lugares de la nación y garantizar por lo menos la normalidad física a que tienen derecho todos los mexicanos”.⁴⁹⁵ La importancia que ambos personajes le dieron al nuevo hospital se reforzó con los trabajos pictóricos que cubrieron las paredes del auditorio y el vestíbulo principal del hospital. Los murales “El pueblo en demanda de salud” de Diego Rivera y “Por una seguridad completa y para todos los mexicanos” de David Alfaro Siqueiros, finalizados entre 1953 y 1954, ofrecieron una narrativa visual de los problemas que habían mantenido el tema de la salud de la clase trabajadora en la esfera pública mexicana: la inseguridad ocasionada por la mecanización de la industria y la “lucha” por mejorar sus condiciones de vida en el futuro. Esas pinturas, con una clara interpretación teleológica, representaron al edificio recién inaugurado como el punto más elevado del desarrollo científico de la sociedad mexicana. Así, en un México donde las maravillas tecnológicas del siglo XX a menudo destruían y mutilaban los cuerpos era el papel de la medicina, y de los hospitales del seguro, proteger y recuperar los cuerpos dañados de los obreros.⁴⁹⁶

Dentro de un largo proceso histórico que inició en la década de 1930 y culminó simbólicamente en 1952, se consolidó el postulado que permitió que las redes de unidades médicas se convirtieran en las bases fundamentales de la atención de los trabajadores afiliados al IMSS. Esos “edificios de salud” comenzaron a ser percibidos como verdaderos centros de propagación de la medicina curativa y de las prestaciones del Instituto en el resto de México. En qué formas y por cuáles caminos se expandieron los servicios del seguro por el país será el tema que se describirá brevemente en la parte final de la tesis.

⁴⁹⁵ “Para que nuestro pueblo sea sano y vigoroso”, *El Universal*, 30 de octubre de 1952, pp. 1-2

⁴⁹⁶ Un análisis histórico y estético de los murales del Hospital “La Raza” se halla en SOTO-LAVEAGA, “Building the nation”, pp. 275-294.

Capítulo 7. La expansión del IMSS en la República Mexicana, 1945-1955

*La desgracia que acecha traicionera
no tendrá más entrada se los juro,
donde ondeando se encuentre la bandera
de la conquista humana: el Seguro.*

Pedro M. Mendoza, “Himno al Seguro Social”, septiembre de 1957

Este capítulo describe el desarrollo del IMSS entre los años de 1945 y 1955 a través de un proceso de expansión que demandó el estudio minucioso de las circunstancias sociales y políticas de diversas regiones de la República. Esa investigación tomó en cuenta la disposición de la clase laborante y los grupos de empresarios para aceptar la entrada y las actividades del IMSS en sus regiones de origen. Al mismo tiempo ponderó la existencia de infraestructura que permitiera la creación de servicios de asistencia, como edificios que sirvieran para situar clínicas o enfermerías y vías de comunicación que facilitaran el transporte de recursos humanos y materiales.

Un proceso de diálogo

El camino del IMSS por el resto de los estados de México se fue ideando al mismo tiempo que el programa experimentó sus primeros pasos en la capital. El plan de labores de 1945 y 1946 asentó por escrito que en esos años se analizaría la “expansión gradual de los servicios a los centros de trabajo más importantes del país, en cooperación con las autoridades, patrones y trabajadores, previo estudio monográfico de dichas regiones”.⁴⁹⁷ La Dirección General expresó su intención de evitar las dificultades que observó en la Ciudad de México y extender las prestaciones sobre territorios limitados que garantizaran compromisos sociopolíticos e infraestructura eficiente para que el programa del seguro se desarrollara sin ningún tipo de contratiempo.

En ese contexto, el Consejo Técnico tuvo una importante injerencia.⁴⁹⁸ Entre 1945 y 1950, ese órgano de conformación tripartita contó con la colaboración del empresario de las

⁴⁹⁷ *Memoria y Plan de Labores 1945*, p. 23

⁴⁹⁸ Como se mencionó en el capítulo 4, el Consejo estuvo compuesto por 6 miembros (2 del gobierno, 2 de las organizaciones patronales y 2 de los sindicatos de trabajadores). Dos de sus tareas principales eran encargarse de planear las inversiones de los fondos económicos y realizar los estudios socioeconómicos para expandir el IMSS por todas las regiones del país.

comunicaciones Emilio Azcárraga; con Constantino Pérez Duarte, gerente de la compañía minera “The Golden Girl”; y líderes sindicales como Reynaldo Cervantes Torres (CROM) y Francisco J. Macín (CTM). La participación de esos personajes debía, en teoría, ayudar a crear vínculos con los gerentes más importantes de empresas mineras, patrones de la capital del país y sindicatos que ofrecieran elementos humanos y materiales para beneficio del Instituto. Ese grupo dirigido por un representante estatal, el ingeniero Miguel García Cruz, tuvo como uno de sus encargos el recomendar a la Dirección General, y al Presidente de la República, las áreas del país que contaran con las características necesarias para implantar el sistema de protección social. En esos años se priorizaron las zonas que por su ubicación geográfica permitieran a la capital convertirse en el eje central de información sobre las actividades. Además, se intentó seleccionar áreas en las que los miembros del Consejo tuvieran influencia política sobre los patrones, autoridades gubernamentales y trabajadores para evitar cualquier manifestación de insatisfacción, en las calles o la prensa nacional, por medio de canales de negociación previa.⁴⁹⁹

Por las motivaciones antes descritas, entre 1945 y 1948, el Consejo eligió tres centros urbanos del país para iniciar los servicios del Instituto: Puebla, Monterrey y Guadalajara. En los documentos oficiales se alegó que la elección se basaba en el hecho de que esas tres urbes, junto a la Ciudad de México, representaban el 60% de la producción industrial nacional. Sin embargo, esos lugares también ofrecieron recursos materiales y humanos que se pudieron aprovechar; entre ellos la capacidad de ofrecer en renta al menos tres sanatorios y dos clínicas para implantar las prestaciones médicas y contar con una significativa concentración de profesionales de la medicina para atender la salud de las personas afiliadas.⁵⁰⁰ Los medios de comunicación y transporte (carreteras y ferrocarriles) de las ciudades también favorecieron la vigilancia del desarrollo del IMSS desde la capital del país. De forma periódica el Consejo envió a alguno de sus representantes para observar la renta de unidades médicas y el registro paulatino de los trabajadores. La intención de los técnicos del Estado era mantener equilibrado el número de derechohabientes y la capacidad de los recursos del seguro, por lo que la afiliación no alcanzó en esos años ninguna cifra extraordinaria. A principios de 1949,

⁴⁹⁹ WILSON, “The Corporatist Welfare State”, pp. 140-141.

⁵⁰⁰ En 1946, la Dirección General registró el número de médicos que laboraban en las unidades del IMSS en las ciudades de provincia. Puebla contó con 179, Monterrey 234 y Guadalajara 393. *Memoria de Labores de 1946*, pp. 19-20.

entre Puebla, Monterrey y Guadalajara acumulaban apenas el 22.2% de los obreros afiliados a nivel nacional (tabla 13).⁵⁰¹ La expansión del IMSS durante sus primeros años revela objetivos similares a los que le llevaron a ubicarse inicialmente en la Ciudad de México: avanzar sobre los objetivos menos difíciles de alcanzar. Esto significó nuevamente privilegiar la mano de obra industrial urbana sobre cualquier otra.

Tabla 13. Población amparada por localidades en el año de 1949

| Circunscripción | Población amparada | Porcentaje |
|--|---------------------------|-------------------|
| Ciudad de México | 766,708 | 70.3 |
| Puebla | 72,585 | 6.7 |
| Monterrey | 116,608 | 10.7 |
| Guadalajara | 52,691 | 4.8 |
| Orizaba | 41,221 | 3.8 |
| Municipios del Estado de México aledaños a la Ciudad de México | 39,871 | 3.7 |
| Total | 1,089,684 | 100.0 |

Fuente: *Compendio Estadístico 1950*, p. 63.

El caso de Monterrey, Nuevo León, es el mejor documentado y permite entender la complejidad de la negociación sociopolítica que acompañó el proceso de expansión de la institución durante esos años. La posibilidad de establecer el Instituto en la ciudad del norte del país se comenzó a discutir a finales de 1944; en parte motivado por el hecho de que allí grupos trabajadores ya gozaban con algunos servicios de salud ofrecidos por empresas como la Cervecería Cuauhtémoc y la Compañía Metalúrgica de Peñoles.⁵⁰² En octubre, los voceros del Consejo Técnico y el Director General pactaron una reunión, en la Ciudad de México con los industriales de Monterrey, para explicarles el programa que la institución pensaba implementar. José P. Saldaña, gerente del Centro Patronal de Nuevo León y miembro de la COPARMEX, declaró un mes después que la junta los dejó satisfechos y tranquilos, ya que se les informó que el IMSS sólo se establecería en su localidad por medio de una afiliación paulatina y con el acuerdo del sector obrero y del elemento patronal. Esa proposición lo motivó a sostener que los organismos que el representaba “colaborarían completamente con

⁵⁰¹ “El seguro social en la provincia”, *Caras y Caretas*, 1 de agosto de 1945, p. 2; y *Memoria de Labores de 1946*, p. 38.

⁵⁰² “Cooperación patronal a la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 5 de octubre de 1945, p. 2.

el seguro” para que la solución de los problemas de la clase trabajadora “constituya un triunfo de orden social para el país entero”.⁵⁰³ La promesa de que los obreros se registrarían de manera progresiva, para no exceder la capacidad de los recursos materiales de las empresas y la urbe, pareció convencer a los empresarios regiomontanos y significó un apoyo simbólico para los directivos del Instituto.

Con ese primer éxito sociopolítico, los funcionarios del seguro comenzaron a hacer públicas sus intenciones. En una entrevista para el periódico *Novedades*, el licenciado Ignacio García Téllez mencionó que el “1 de agosto (de 1945) se iniciarían los trabajos de estadística para conocer el número de trabajadores que deben quedar incluidos dentro de los beneficios de la institución”. Al mismo tiempo, un equipo de doctores y oradores se unieron a la expedición para entablar un diálogo continuo con los obreros.⁵⁰⁴ El objetivo fue sondear los ánimos de la población por medio de reuniones públicas y conocer los nosocomios que podrían acoger las actividades médicas con la mayor eficiencia y rapidez posible.

Los organismos más importantes de la clase laborante también realizaron manifestaciones a favor del plan. La CTM, por medio de un desplegado, señaló la importancia de que el Instituto creciera y evitara “la pérdida de la vida o la mutilación de millones de trabajadores de la República Mexicana”. Solicitó la comprensión de los sectores interesados de la sociedad (empleados y empleadores) y de los gobiernos de diversas zonas del país para formar un solo “frente y cooperar” para consolidar el desarrollo nacional del IMSS.⁵⁰⁵ Como sucedió en la capital en el año de 1943, con aquel discurso la CTM reforzó su apoyo a las medidas que el Director General eligiera para garantizar el éxito de las labores en el estado de Nuevo León.

Con ese respaldo político y social, el 11 de junio de 1945 se formó la Caja Regional de Monterrey. Las funciones de ese órgano fueron ejecutar los servicios médicos-sociales y satisfacer las prestaciones en especie del seguro respondiendo a las instrucciones dictadas por el Consejo Técnico. Para cumplir las promesas pactadas con los grupos empresariales, se nombró a importantes miembros de la COPARMEX, los señores Joel Rocha y Rómulo Garza, como consultores del IMSS en la ciudad. Con la intención de asegurar el vínculo y el

⁵⁰³ “Industriales de los estados con el Director del seguro social”, *El Popular*, p. 1.

⁵⁰⁴ “Va a implantarse en agosto el Seguro Social en Monterrey”, *Novedades*, 11 de julio de 1945, p. 12.

⁵⁰⁵ “Mensaje a los trabajadores y patrones de la República Mexicana”, *El Nacional*, 25 de julio de 1945, p. 5.

intercambio de información con la capital del país, Manuel Ávila Camacho y García Téllez eligieron a Pablo Quiroga Treviño como presidente y representante del gobierno en la Caja Regional. El nombramiento del licenciado Quiroga se justificó en el hecho de que se había desempeñado como gobernador interino de Nuevo León, entre 1933 y 1935, y era un asociado político del PRM desde su fundación en 1938.⁵⁰⁶ La discusión permanente entre los patronos consultores y el representante gubernamental, tuvo como fin impedir los “pasos en falso” del plan ocasionados por cualquier desacuerdo. Se pretendió también que los patronos designados utilizaran su influencia, y conocimiento sobre Monterrey, para facilitar la adquisición de cualquier tipo de activo para el Instituto y explicarle al resto de los empresarios regiomontanos que sus intereses económicos no se verían afectados.

Con las autoridades electas, los criterios de la implantación fueron elaborados. En septiembre de 1945 se hizo público que se afiliarían poco más de 30,000 trabajadores de la capital de Nuevo León. Pablo Quiroga sostuvo que, aprovechando las experiencias de los primeros años, el Instituto estaba realizando todo lo posible para constituir un proyecto exitoso; por eso sus prestaciones sólo iniciarían en Monterrey, ya que contaba con la mayor concentración de unidades médicas e industrias en el estado del norte del país.⁵⁰⁷ Los factores del entorno urbano fueron cruciales en la decisión de quiénes debían ser los primeros beneficiarios del seguro. En un primer instante, resultó más sencillo enfocarse en la población de la ciudad pues esta se hallaba concentrada en un espacio focalizado y tenía acceso, por medio de variados medios de comunicación, a los hospitales públicos y privados que podían ser utilizados para diseñar los programas médicos y asistenciales.

Todas las motivaciones descritas se plasmaron en las primeras actividades de la Caja Regional. El Servicio Médico reservó las instalaciones y camas de hospitales privados, entre los mencionados se hallaban el “Murguerza” y la “Conchita”. Al mismo tiempo, el *Boletín de Información* dio a conocer que los directivos habían contratado “el servicio del quinto piso del Hospital Civil (50 camas), y para mejorar este servicio y terminar las adaptaciones

⁵⁰⁶ “Reglamento de las cajas regionales y locales”, 30 de diciembre de 1944, CUIIGT, Fondo Reservado, hoja 2; y “Ya estamos en Monterrey”, *Boletín de Información*, 20 de agosto de 1945, p. 2.

⁵⁰⁷ “Nuevos datos sobre la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 20 de septiembre de 1945, p. 11.

necesarias, el Instituto ha proporcionado dos millones de pesos”.⁵⁰⁸ La estrategia para conseguir espacios hospitalarios siguió la misma ruta que había recorrido años atrás en la Ciudad de México: rentar unidades médicas con algunos años de existencia en la zona e intentar realizar ajustes que permitieran la atención de los nuevos derechohabientes.

El 1 de enero de 1946 comenzaron a otorgarse las prestaciones. Las estadísticas asentaron 33,276 obreros amparados, junto a 44,590 beneficiarios entre parejas e hijos. Los primeros trabajadores asegurados fueron los que se encontraban laborando en las empresas que pertenecieron al Centro Patronal de Nuevo León, como Vidriera Monterrey, la Compañía Metalúrgica de Peñoles y la fábrica de muebles Salinas y Rocha. Con esa maniobra el Instituto intentó agrupar sus actividades en las industrias de los empresarios que respaldaron su implantación, como Joel Rocha y José P. Saldaña. Además de mantener el número de afiliados en cifras poco elevadas, la Caja Regional concentró sus servicios en espacios específicos en los que recibiría muchas facilidades para entrar en contacto directo con la población. Así, los patrones consultores y el licenciado Quiroga convencieron a diversas empresas de ceder sus derechos de propiedad sobre las clínicas que habían construido en lugares cercanos a las fábricas. La Compañía Metalúrgica de Peñoles S. A. fue una de las industrias que, después de dialogar con los consultores y los directivos del IMSS, decidió ceder “por contrato de comodato, es decir sin desembolso ningún para la Caja Regional de Monterrey, dos de los locales del hospital que esa compañía tiene dentro del perímetro de su propia factoría, a efecto de que sean utilizados para los servicios médicos”.⁵⁰⁹ Ese tipo de movimientos libró a los patrones de la inversión económica periódica que representaba la administración de sus propios centros médicos y permitió a los directivos del Instituto conocer y plantear las bases de sus servicios de salud con anticipación.

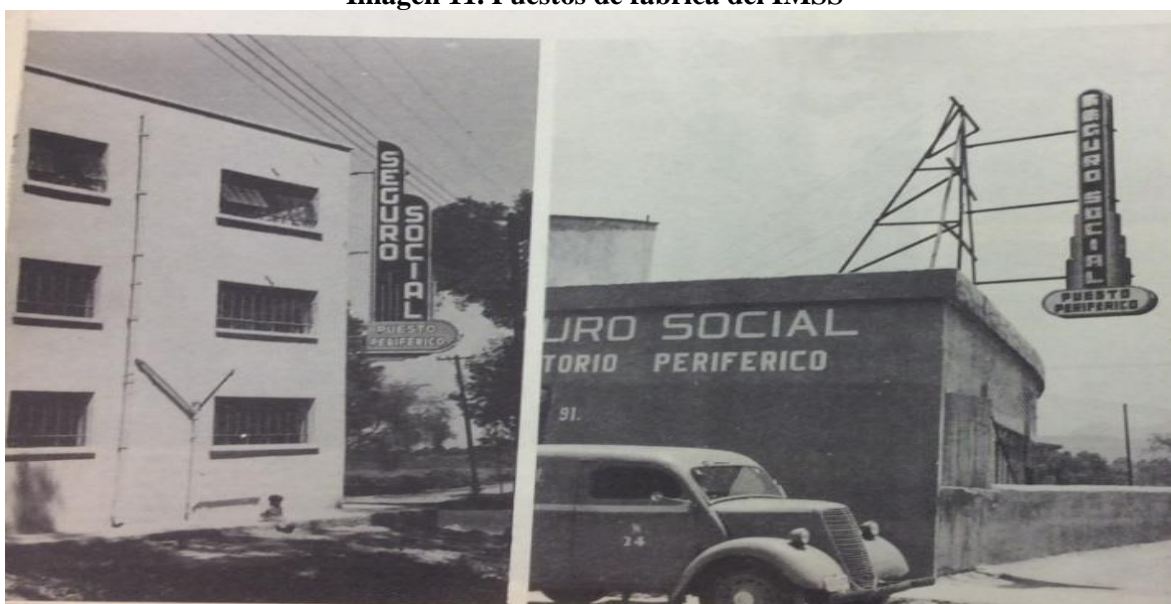
Con aquellas acciones los empresarios y el Instituto esperaban mantener a la mano de obra cerca de los centros trabajo. La atención médica debía otorgarse bajo la vigilancia del patrón; asimismo, les dio certeza a los asegurados de que recibirían cualquier tipo de auxilio de manera inmediata. En los años posteriores la Caja Regional ratificó que su crecimiento se

⁵⁰⁸ “Nuevos datos sobre la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 20 de septiembre de 1945, p. 11.

⁵⁰⁹ *Memoria de Labores de 1946*, p. 44; y “Cooperación patronal a la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 5 de octubre de 1945, p. 2.

apoyaría en el acondicionamiento de clínicas en las zonas cercanas a las industrias, ya que para 1948 se establecieron otras 26 unidades periféricas y de fábrica en la ciudad.⁵¹⁰ A pesar de su crecimiento constante, esos puestos no pasaron de ser espacios pequeños, como muestra la imagen 11, en edificios antiguos y poco adecuados para las labores de doctores y pacientes. Su objetivo a corto plazo fue introducir las actividades del seguro a Monterrey de forma rápida y en lugares accesibles; en este caso las zonas donde los obreros pasaban la mayor parte del día. Esa estrategia demostró que el establecimiento del IMSS en otras regiones del país dependió de los acuerdos con empresas que ofrecieran un registro administrativo confiable, relaciones laborales estables y espacios de asistencia previos. De esa manera, la institución buscó una sólida base operativa desde la cual innovar y expandirse eventualmente entre los trabajadores menos privilegiados.

Imagen 11. Puestos de fábrica del IMSS



Fuente: *Memoria de Labores 1948*, p. 63.

El éxito del IMSS en la capital de Nuevo León también dependió del diálogo con los órganos de trabajadores; en específico con la Sección 67 del Sindicato Industrial de Trabajadores Mineros y Similares. Ese organismo aglutinó a casi el 60% de los asegurados en Monterrey. Desde el año de 1946, el área de Higiene Industrial del sindicato comenzó a realizar una serie de foros con las autoridades del seguro en el estado. En ese intercambio de

⁵¹⁰ *Memoria de Labores 1948*, p. 28.

ideas los representantes obreros pudieron expresar sus deseos e inquietudes más importantes. José Antonio Reyes, secretario de la Sección 67, declaró a los representantes de la Caja Regional que la preocupación principal de los trabajadores regiomontanos era que les prometieran un “verdadero servicio médico...es decir a la altura de los mejores de México”.⁵¹¹ En consonancia con los avances realizados en la capital, los afiliados del norte de la República exigieron la implementación de un proyecto que, por medio de nosocomios y cursos de seguridad, intentara aliviar los problemas sociales y de salud provocados por la deficiencia de los servicios sanitarios en los centros de trabajo y el aumento de accidentes, relacionados con el uso de máquinas o herramientas, y enfermedades ocasionadas por intoxicaciones y envenenamiento por sustancias químicas.⁵¹²

Para intentar convencer al sindicato minero, el Consejo Técnico invitó a una comitiva de obreros, encabezada por José Reyes, a la Ciudad de México para que conocieran las clínicas que se adquirieron desde 1946 y el plan arquitectónico del hospital “La Raza”. Durante el recorrido, la Dirección General prometió que se otorgarían todos los medios económicos y científicos “que colocaran a la Caja Regional de Monterrey en condiciones de prestar mejores servicios”. De igual manera, anunció a los visitantes que comenzarían a construir dos clínicas en la capital de Nuevo León, una en la colonia Independencia (la más antigua de la urbe) y otra al poniente de la ciudad, que liquidarían los problemas de hospitalización. El diálogo con las máximas autoridades del IMSS convenció a la comitiva, ya que se comprometió a respaldar políticamente el desarrollo del seguro en el norte del país. En palabras del señor Reyes, los representantes del sindicato se encargarían de exponer a sus asociados que el Instituto “estaba trabajando intensamente cada día” para que sus actividades, en nuevas clínicas y puestos de fábrica, ayudaran a la clase trabajadora de Monterrey a mejorar sus “condiciones de salud y de educación médica e higiénica”.⁵¹³

El análisis del caso de Monterrey indica que la expansión del IMSS por la República Mexicana dependió en gran medida de la capacidad de diálogo de los directivos del Instituto,

⁵¹¹ “Opinan de la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 15 de marzo de 1950, p. 39.

⁵¹² Como Anagraciél Camacho ha mencionado, las enfermedades comunes entre los mineros del norte de México fueron las fibrósica-pulmonares, como la antracosis y la silicosis. Ambas enfermedades eran ocasionadas por la respiración y acumulación de polvo y de cristales de carbón en los pulmones. CAMACHO, “El trabajo mata”, pp. 163-164.

⁵¹³ “Opinan de la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 15 de marzo de 1950, pp. 39-40.

los empresarios y los organismos de trabajadores. La investigación del Consejo Técnico sobre los patrones de desarrollo socioeconómicos de las áreas del país elegidas, tomó en cuenta las condiciones sociales previas que propiciarán la implantación de un modelo de negociación entre los actores (sindicatos y patrones) que se encargaría de organizar las prestaciones médicas y sociales. Que el Instituto afiliara, en esos primeros años, sólo a grupos pequeños de la mano de obra se debió a que sus autoridades formaron pactos de colaboración concretos con trabajadores organizados que eran primordialmente industriales (Sindicato Industrial de Trabajadores Mineros y Similares) y los grupos empresariales que habían entrado en contacto con la Dirección General y el Consejo Técnico desde 1944 (Centro Patronal de Nuevo León).

Con la intención de que esos planes no crearan conflictos y repercutieran directamente sobre la calidad de vida de la clase trabajadora, se formaron grupos de consulta tripartita, en las zonas del país seleccionadas, que decidieran la extensión de la afiliación, para no rebasar la capacidad de los recursos materiales y humanos del entorno, las formas de adjudicación de edificios hospitalarios y los métodos de respaldo a las labores de la Caja Regional en la esfera pública. No es casual que, en el año de 1951, durante la inauguración de las clínicas “Independencia” y “El Cercado” en la capital de Nuevo León, el Director del IMSS, Antonio Díaz Lombardo, mencionara que el éxito de la Caja Regional se debió a una “conciliación de intereses y una unificación de propósitos entre el sector obrero y patronal”. El evento tuvo un final simbólico; José P. Saldaña, Director del Centro Patronal de Monterrey, y Francisco J. Macín, representante obrero del Consejo Técnico, fueron los encargados de cortar los listones inaugurales de las unidades médicas. En opinión de Díaz Lombardo, como “sello de un acto de confraternidad y solidaridad”.⁵¹⁴

Las pautas generales de la expansión

Después de discutir las características del diálogo sociopolítico que sirvió como uno de los ejes para el crecimiento del IMSS, toca el turno de describir sus patrones de expansión territorial durante sus primeros años. Ese proceso se consolidó en el año de 1949, con la creación de la Subdirección de Servicios Foráneos. Bajo las órdenes de la Dirección y el Consejo Técnico, aquel órgano tuvo el encargo de homogeneizar los trabajos de las Cajas

⁵¹⁴ “Inauguración de tres clínicas en Monterrey”, *Boletín de Información*, 16 de diciembre de 1951, pp. 3-6.

Regionales, solucionar todos los problemas que se presentaran en las mismas y “seleccionar los mejores medios para que el campo de aplicación del Régimen (de prestaciones del seguro) se extienda a otros lugares de la República”. Con ese hecho se pretendió vigilar los servicios del Instituto en los estados del país, sujetando el desarrollo de sus actividades a lineamientos dictados por las autoridades del Instituto y el Poder Ejecutivo de México.⁵¹⁵ Las decisiones sobre los “camino” que podía tomar el programa de protección social se concentraron, desde ese momento, en los técnicos y políticos de Estado más importantes; del mismo modo se consolidó la posición de la capital como el eje del que emanó la información sobre la promoción del programa.

La Subdirección de Servicios Foráneos envió mensualmente a la Dirección General reportes sobre los sistemas de comunicación, la situación geográfica y la potencial población afiliada de los espacios territoriales candidatos para implantar al IMSS. Desde principios de la década de 1950, la administración del Instituto procesó testimonios sobre conferencias impartidas por médicos a obreros y la capacidad hospitalaria de ciudades y zonas industriales como Acapulco, Chihuahua, Culiacán, Hermosillo, Oaxaca, Orizaba y Tlaxcala.⁵¹⁶ La lectura detallada de esos datos permite esbozar los parámetros que sustentaron el plan de extensión.

El proyecto dividió al país en cuatro áreas desde las que fincó su desarrollo. Como se observa en el mapa 2, en tan sólo en diez años, de 1944 a 1954, el IMSS delimitó los lugares de influencia. En el centro, la Ciudad de México, Puebla, Tlaxcala y el Estado de México; en el norte, Nuevo León, Tamaulipas y Sonora; en el oeste, Jalisco y Sinaloa; y en el golfo-sur; Oaxaca y Veracruz. Esa estrategia estuvo en concordancia con las pautas que promovieron el crecimiento de forma progresiva y que aprovecharon la concentración de trabajadores en los espacios favorecidos por su cercanía a la capital del país, su proximidad con la frontera con Estados Unidos o con centros industriales que estaban económicamente consolidados. Las autoridades administrativas trataron de que las cuatro áreas tuvieran una comunicación eficiente, ya que siete de los estados mencionados compartían alguna frontera o como el caso

⁵¹⁵ “Secretaría General a Dr. Mario Quiñones”, 18 de noviembre de 1948, CUIIGT, Fondo Reservado, hoja 1.

⁵¹⁶ “Subsecretaría de Servicios Foráneos a Miguel García Cruz”, 14 de junio de 1952, CUIIGT, Fondo Reservado, hojas 1-4.

de los municipios del Estado de México, Naucalpan y Tlalnepantla, tenían las mismas zonas fabriles, grupos de trabajadores y medios de comunicación que la Ciudad de México.⁵¹⁷

Mapa 2. Desarrollo del IMSS en la República Mexicana, 1944-1955



Fuente: *Ámbito geográfico de operación del Seguro Social*, pp. 46-54.

También es importante resaltar que dentro de los estados de la República aludidos, los servicios del seguro se limitaron sólo a unos cuantos municipios, casi exclusivamente a los urbanos. Hasta 1954, sólo 54 municipios, fuera de la capital del país, tenían algún grupo de trabajadores asegurados, de los cuales el 51% contaba con un registro de más de 10,000 habitantes. Por otro lado, sólo el 26% de las circunscripciones anotadas tenía menos de 5,000 habitantes (tabla 14). Eso significaba que durante sus primeros 10 años de existencia, el Instituto había tocado levemente a las pequeñas comunidades de México. Aunque la migración y el aumento natural de la población darían como resultado una proporción

⁵¹⁷ “Estudio de las circunscripciones inmediatas al D.F., con mayor saturación industrial”, Subdirección Técnica, 30 de enero de 1946, CUIIGT, Fondo Reservado, hojas 1-3.

creciente de la población en las áreas urbanas, las comunidades de menos de 5,000 personas todavía eran la residencia de cerca del 45% de la población mexicana a principios de 1960.⁵¹⁸

Tabla 14. Municipios incorporados y el tamaño de la población, 1945-1954

| Estado | Municipios incorporados | Municipios con menos de 5,000 habitantes | Municipios entre 5,000 y 10,000 habitantes | Municipios entre 10,000 y 50,000 habitantes | Municipios con más de 50,000 habitantes |
|-------------------|-------------------------|--|--|---|---|
| Jalisco | 6 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Estado de México | 7 | 3 | 2 | 2 | 0 |
| Nuevo León | 7 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Oaxaca | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Puebla | 8 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| Sinaloa | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Sonora | 8 | 2 | 4 | 0 | 2 |
| Tamaulipas | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Tlaxcala | 7 | 3 | 1 | 3 | 0 |
| Veracruz | 7 | 0 | 1 | 5 | 1 |
| Total | 54 | 14 | 12 | 19 | 9 |
| Porcentaje | | 25.9% | 22.2% | 35.1% | 16.6% |

Fuente: *Ámbito geográfico de operación del Seguro Social*, pp. 46-54.

Las cifras presentadas indican que durante la primera década del proceso de extensión, el plan fue sumamente desigual. Los estados de la región golfo-sur (Veracruz y Oaxaca) anotaban bajos niveles de protección de la fuerza laboral, ya que sólo los trabajadores de nueve municipios recibían los servicios del IMSS en el año de 1954. Además, las áreas que más se beneficiaron en esa etapa de crecimiento fueron las mismas que participaron activamente en el desarrollo socioeconómico de la nación. Por ejemplo, durante 1950 el Presidente de la República expuso públicamente que delegaba facultades al Consejo Técnico “para la introducción gradual del sistema (del Seguro Social) a empresas o grupos de empresas cuyas operaciones sean de suficiente tamaño e importancia económica”. Con ese mandato, en ese mismo año, el Consejo dirigió el enrolamiento de trabajadores de las empresas textiles de San Felipe, en el distrito de Huejotzingo y Juan N. Xaltepec, y de las

⁵¹⁸ WILSON, “The Corporatist Welfare State”, p. 144.

fábricas de La Teresita S.A y la Compañía Poblana Manufacturera de Hilos S.A de Amozoc, todas en municipios del estado de Puebla.⁵¹⁹

El primer caso en el que IMSS se enfocó a una región no manufacturera sucedió en Sonora. Entre 1954 y 1955, el Presidente Adolfo Ruiz Cortines y el Consejo decidieron introducir el régimen del seguro en el estado del noroeste del territorio nacional. El proyecto partió de un estudio elaborado por una comisión designada por Antonio Ortiz Mena, Director del Instituto, que evaluó siete posibles sitios de expansión. Ortiz Mena y la comisión estaban ansiosos por seleccionar las zonas agroindustriales de la región que ofrecieran a la administración la mayor promesa de éxito. Entendiendo que esto significaba la probabilidad de una rápida incorporación de trabajadores y los mejores medios materiales para iniciar la prestación de servicios. En la justificación de la elección se señaló que Sonora era uno de los espacios del país “donde se concentraba la mayor parte de la agricultura comercial a gran escala”, en particular el cultivo algodonero en el Valle del Yaqui y el Valle del Mayo (ubicados al sur de la entidad). Como es sabido, desde finales de la década de 1930, la reforma agraria cardenista favoreció el surgimiento de pequeños y medianos propietarios, colonos y ejidatarios que cristalizó en un importante desarrollo extensivo e intensivo de la explotación del suelo para el cultivo del algodón. En ese periodo, Sonora se perfiló como el principal productor de algodón del país y aportó sus mayores beneficios con este cultivo al contribuir con la tercera parte del valor del algodón nacional. También, se propuso que la instauración del IMSS contribuiría al desarrollo económico y social de la zona que ya estaban aportando los proyectos de irrigación instituidos por el gobierno federal a través de la Secretaría de Recursos Hidráulicos.⁵²⁰ En apego a las motivaciones descritas y sin ninguna muestra de descontento, en tan sólo 5 meses se aseguraron a casi 25,000 trabajadores en las localidades de Guaymas, Cajeme y Huatabampo.

Las decisiones que dirigieron el desarrollo del Instituto pueden comenzar a explicarse por dos motivaciones. En primer lugar, los directivos eran conscientes de las dificultades para

⁵¹⁹ WILSON, “The Corporatist Welfare State”, p. 140.

⁵²⁰ Entre 1940 y 1960, el gobierno federal aprovechó las afluentes del río Yaqui y el río Mayo, y excavó más de 1,200 pozos para irrigar 70 mil hectáreas. Además, las regiones del Valle de Mayo y San Luís Río Colorado, combinaron el sistema de irrigación por bombeo de pozos profundos y aguas superficiales de los ríos a través de diques y canales, ya que se construyeron siete presas en el sur de Sonora para distribuir las aguas por medio de canales en los valles agrícolas. GRIJALVA, “La economía del algodón”, pp. 81-104; y WILSON, “The Corporatist Welfare State”, pp. 168-169.

asegurar a la clase laborante fuera de las áreas urbanas. Los programas del seguro se estudiaron e implantaron utilizando como base un registro confiable del material humano, infraestructura y otros recursos que podían proveer el sector privado y las localidades. Por lo tanto, el IMSS optó por asegurar primero a los obreros que fueron los más fáciles de contabilizar y a los que era más sencillo ofrecer servicios de atención. De esa manera, se pensó que la institución lograría una sólida plataforma operativa desde la cual crecer. La segunda faceta de esta estrategia que puede reconocerse explícitamente es la importancia que IMSS atribuyó a contar con buenas relaciones con las organizaciones laborales. La institución estuvo vinculada a sindicatos y confederaciones cuya organización permitió crear espacios de diálogo continuos que previnieran cualquier forma de insatisfacción y garantizaran apoyo en la generación de información para ampliar las áreas de influencia del seguro. Entre 1949 y 1955, la Subdirección de Servicios Foráneos consolidó las visitas periódicas de representantes de la institución a las Cajas Regionales para observar la reacción y las opiniones de la clase laborante sobre las prestaciones, el diseño de los esquemas de contribución y los métodos de colaboración de los empresarios.⁵²¹ Todas esas actividades ayudaron a la Dirección y al Consejo Técnico a prepararse para contrarrestar los problemas en la implementación del plan de protección social en varias regiones de la República Mexicana.

Por último, hay que considerar que las decisiones sobre la extensión implicaron el análisis de las concesiones políticas y territoriales que cada zona del país pudo ofrecer al IMSS. Como se describió en el capítulo 6, en ese periodo la Dirección y el Presidente de la República se comprometieron a impulsar el crecimiento del Instituto por medio de la planificación de una red de unidades médicas para ofrecer camas de hospitalización a la mayoría de los afiliados. Tomando en cuenta ese compromiso, las nuevas adscripciones del régimen del seguro se redujeron a las localidades que pudieron respaldar el programa de redes hospitalarias, dictado desde el centro de México, con la mejor eficiencia. La tabla 12 muestra que hasta 1954 el desarrollo del Instituto se apoyó en la construcción y adquisición de más de 50 clínicas y 20 puestos médicos en Oaxaca, Orizaba, Monterrey, Guadalajara y

⁵²¹ “Subsecretaría de Servicios Foráneos a Miguel García Cruz”, 14 de junio de 1952, CUIIGT, Fondo Reservado, hojas 1-4; y “Observaciones en torno al Seguro Social”, 1 abril de 1959, AHCM, AIIGT, sección Instituto Mexicano del Seguro Social, caja 16, carpeta 25, hojas 3-6.

la capital. Cada nota periodística que anunció la llegada del seguro a algún municipio del país venía acompañada con el informe sobre alguna donación, por parte del gobierno estatal o grupos patronales, para la construcción de clínicas u hospitales de zona. Ese fue el caso de Monterrey, en 1945 el *Boletín de Información* mencionó que la “oportuna intervención” del gobernador de Nuevo León, Arturo B. de la Garza, permitió adquirir, “al mejor precio posible”, el terreno en la esquina de la avenida Madero y Pino Suárez para la construcción de la clínica 1 de la ciudad.⁵²² De la misma manera, en Guadalajara el Consejo Técnico reconoció las donaciones de centros de primeros auxilios por parte de empresas como la Compañía Manufacturera de Artefactos Metálicos y Telefónica Ericsson, que permitieron la creación de dos puestos médicos en Sector Reforma no. 170 y en la calle Juárez no. 506, ambos en la capital de Jalisco.⁵²³

El resultado del plan de expansión fincado en municipios que estaban participando en el desarrollo socioeconómico de alguna de las cuatro regiones del país mencionadas (centro, oeste, norte y golfo-sur), fue un crecimiento modesto del número de trabajadores asegurados durante los primeros diez años de funcionamiento del Instituto. Durante la administración de Miguel Alemán, se inscribieron menos de cuarenta mil trabajadores cada año. A la mitad del sexenio (1949), apenas 340,132 obreros recibían servicios del Instituto. La expansión continuó a este ritmo durante los dos primeros años de la administración del Presidente Ruiz Cortines hasta que a fines de 1954 se logró asegurar a poco menos de medio millón de trabajadores. En 1955, el IMSS inscribió a casi 83,000 trabajadores, iniciando un aumento sostenido de la tasa de matriculación. En los siguientes cinco años, el número de trabajadores asegurados se duplicó, llegando a más de 1,1 millones en 1960. Sin embargo, hasta esa fecha no se había logrado incorporar a más del 10% de la población activa del país.⁵²⁴

Aunque el objetivo de esta breve reflexión es motivar estudios mejor documentados sobre la implantación de los servicios del Instituto en los estados de la República, es posible anotar tentativamente que fue un escenario de negociación y creación de pactos sociales

⁵²² “Nuevos datos sobre la Caja Regional de Monterrey”, *Boletín de Información*, 20 de septiembre de 1945, p. 11; e “Inauguración de la clínica no. 1 de Monterrey”, *Boletín de Información*, 1 de octubre de 1945, p. 14.

⁵²³ “Los servicios médicos de la Caja Regional de Guadalajara”, *Boletín de Información*, 1 de octubre de 1951, p. 30.

⁵²⁴ LEAL DE ARAUJO, *Aspectos económicos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. 88-89; y WILSON, “The Corporatist Welfare State”, pp. 144-148.

continuos. Siguiendo la experiencia de la Ciudad de México, el IMSS pretendió que las organizaciones de trabajadores, los grupos patronales y las autoridades estatales participaran activamente en la discusión de las prestaciones enfocadas en la protección de la salud de la clase laborante. Sin embargo, la escala de los servicios del seguro requirió un aparato administrativo y burocrático sin paralelo, lo que obligó a que la Dirección y el Consejo Técnico eligieran zonas urbanas que permitieran crear rápidamente técnicas de registro, de recopilación de información y de adjudicación o construcción de unidades médicas. Esas restricciones materiales y administrativas propiciaron que, entre 1944 y 1955, el proceso de expansión fuera desigual. Los directivos del IMSS tuvieron que apoyarse en ciudades y áreas industriales, relegando comunidades de regiones económicas menos desarrolladas como el golfo-sur. Esos hechos ratificaron la preponderancia del mundo urbano e industrial como ámbito fundamental desde donde se percibían los problemas de salud de las clases trabajadoras de México durante la primera mitad del siglo XX.

Conclusiones

Como se pudo examinar, el periodo largo de discusión sobre las condiciones sanitarias, laborales y de salud de la clase trabajadora en la Ciudad de México fue un escenario de negociación, que traspasó el ámbito político y se convirtió en una cuestión que fue de lo social a lo médico. Organizaciones obreras, grupos patronales y profesionales de la medicina dialogaron con las autoridades gubernamentales y colocaron el tema de la salud de la mano de obra en el debate público durante todos los años que abarca esta tesis (1928-1954). Dicho proceso tuvo una estrecha relación con la propuesta inducida por los gobiernos posrevolucionarios que sostuvo que México necesitaba un proletariado sano, fuerte y comprometido con sus actividades para consolidar su economía. En ese contexto, los congresos y convenciones, organizados por las autoridades, fueron utilizados por las confederaciones más organizadas de los trabajadores y patrones para presentar su preocupación por las circunstancias laborales al interior de las industrias. Con la exposición de su conocimiento detallado sobre los inconvenientes en las fábricas, líderes obreros y empresarios se convirtieron en colaboradores cercanos de las instituciones del Estado mexicano, como la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo y el Departamento de Salubridad Pública, y se erigieron como voces autorizadas en materia de salud en el “mundo laboral”.

La planeación de los proyectos posrevolucionarios de vigilancia de la salud en la industria mexicana dependió de un acuerdo entre el Estado, los órganos empresariales y los sindicatos que ayudara a coordinar las respuestas a los riesgos de la mano de obra y con ello intentar reducir las eventualidades de una vida dedicada al trabajo. La intención de ese acuerdo fue modernizar las relaciones laborales, sobre todo las involucradas con la protección de los trabajadores, para evitar largos procesos legales para dirimir el pago de las indemnizaciones y la atención médica.

En particular, la contrariedad que motivó esa acción, y que se repitió durante las primeras tres décadas del siglo XX, fue que los patrones sujetaron la decisión de entregar condiciones laborales dignas a su voluntad, más que a una responsabilidad jurídica por exponer a sus empleados a los peligros asociados con la industria. Esa violación a la legislación laboral motivó manifestaciones importantes de la clase trabajadora. Un caso

relevante sucedió en Orizaba, Veracruz, el 14 de junio de 1923. Los obreros de la fábrica de Yute San Gertrudis, la Compañía Industrial y de la Cervecería Orizaba se declararon en huelga porque sus patrones, ignorando los designios del artículo 123, no otorgaban asistencia médica en casos de incidentes laborales. Otros grupos de trabajadores no sólo recurrieron a manifestaciones de protesta, reclamaron, por medio de la Secretaria de Industria, Comercio y Trabajo, la vigilancia continua de las industrias donde llevaron a cabo sus actividades y presentaron a la prensa nacional crónicas en las que relataron las mortales consecuencias de su relación cotidiana con gases, explosivos y máquinas. Todas esas expresiones contribuyeron a crear la percepción social de que el proletariado mexicano experimentaba una auténtica crisis que ponía en riesgo sus vidas. Además, aquella preocupación motivó la formación de técnicos estatales como los oficiales de inspección, o que los patrones invirtieran en la contratación de médicos de empresa. Sin embargo, como se relató en el capítulo 2, esas iniciativas no significaron una mejora significativa de los entornos laborales.

Durante las décadas de 1930 y 1940, las dificultades del Estado mexicano para establecer programas de protección eficientes y la incertidumbre creada por el aumento de accidentes y enfermedades profesionales, registrado por los estadistas del Departamento del Trabajo, incentivaron la participación de representantes de empresarios, obreros y la comunidad médica en foros internacionales, como la Conferencia del Trabajo de los Estados de América en La Habana. Con el respaldo del Presidente Lázaro Cárdenas se insertaron a diversos técnicos estatales, profesionales de la medicina y miembros de sindicatos en el diálogo internacional sobre la construcción de políticas sociales. Personajes como Vicente Lombardo Toledano y el doctor Gaudencio González; y órganos estatales, como el Departamento del Trabajo, se vincularon de forma directa con las Comisiones de Seguros de la OIT. Esas conferencias propugnaron por la creación de una nueva dinámica en la relación entre los grupos sociales. La discusión tripartita de la política social (entre funcionarios estatales, sindicatos y organismos patronales) permitió que la interacción entre los sujetos implicados modelara la manera como se resolvieran los problemas relacionados con la salud de las clases laborantes. Así, con su participación en esos foros, el Estado y las principales organizaciones patronales y obreras convinieron un método de colaboración interclasista que previniera pugnas influenciadas por las repercusiones económicas y políticas de la Segunda

Guerra Mundial e impactara en la calidad de vida de uno de los sectores más importantes de la sociedad mexicana, los obreros.

El desarrollo de las redes internacionales de intercambio de conceptos y postulados sobre la atención a la mano de obra y, sobre todo, la consolidación de un pacto de interclasista para el impulso de diversos proyectos y legislaciones laborales, durante la era de la “Unidad Nacional”, dejaron una de sus huellas más importantes en elaboración de la Ley del Seguro Social y el nacimiento del IMSS entre los años de 1941 y 1944. Dentro de la Comisión Técnica encargada de diseñar la ley, la discusión sobre los parámetros del seguro social destacó la relación dinámica que las confederaciones obreras y patronales tuvieron con el Estado desde la década de 1920 y enfatizó la naturaleza continua de la negociación entre las autoridades gubernamentales, las instituciones y los grupos sociales. Segmentos de la clase empresarial (Confederación de Cámaras Industriales, Confederación Patronal de la República Mexicana, Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio e Industria) y los sindicatos más grandes e importantes (Sindicato Mexicano de Electricistas, Sindicato de la Industria Textil y Similares, Confederación de Trabajadores de México) participaron directamente en el análisis y formación del seguro social a cambio de su respaldo político al proyecto en ciernes entre sus agremiados y la prensa nacional.

Al interior de la Comisión Técnica, los representantes de los dos sectores intentaron modelar y definir los alcances reales de las prestaciones del seguro. Si bien cada uno defendía su interés particular, ambos grupos compartieron el objetivo de resolver el “drama social” provocado por la deficiencia de los servicios sanitarios en los centros industriales y el aumento del paro laboral. La convivencia con esas circunstancias motivó la opinión de que las prestaciones del seguro tenían que aminorar, aunque fuera paulatinamente, los riesgos que afectaban a la clase trabajadora dentro y fuera de las fábricas y talleres. Si bien el respaldo de las confederaciones patronales y de la clase laborante ayudó a que el Instituto iniciara sus labores en 1944, los afiliados nuevos expresaron sus inquietudes y molestias durante los primeros cinco años del sistema de protección por medio de manifestaciones de protesta y declaraciones en la prensa capitalina. Las críticas se centraron en las deficiencias de las clínicas acondicionadas en edificios poco apropiados, el desorden administrativo, la falta de un modelo de operación de los servicios médicos y la incapacidad para auxiliar de manera

eficiente a un número de derechohabientes que creció paulatinamente entre 1944 y 1950. La clase laborante no fue una receptora pasiva de los servicios médicos y sociales del seguro; al contrario, por medio de la exposición de sus experiencias en la esfera pública, participó en el proceso de actualización y mejora de las prestaciones del IMSS.

De esa manera, el impulso de los servicios del Instituto durante sus primeros pasos dependió del compromiso de un grupo amplio de actores sociales. Desde la reflexión teórica de la comunidad médica, hasta la participación continua de trabajadores y patrones en la implementación de los programas médicos y sociales. En específico, estos dos últimos grupos colaboraron en la difusión de la campaña de prevención de riesgos promovida por el IMSS en la prensa y puestos de fábrica, como parte de una estrategia que combatió un problema colectivo y visible: los accidentes laborales. Esos percances afectaban el cuerpo del trabajador, pero también diezaban el personal especializado de las industrias. Esos motivos y la propuesta de colaborar en un proyecto médico/laboral, como nunca había sucedido, motivaron a algunos trabajadores a presentar sus rostros golpeados, sus manos mutiladas y sus experiencias en la prensa capitalina. No obstante, el proceso de consolidación del plan de prevención se detuvo abruptamente con la promoción de las unidades médicas del IMSS a partir 1948. Ese proceso impidió la posibilidad de que un programa amplio, integrado por médicos, obreros y patrones, intentara solucionar las contrariedades de los trabajadores durante sus actividades y vida cotidiana.

Al final del periodo estudiado en esta tesis, la inauguración del hospital “La Raza” en la Ciudad de México (1952-1954) representó un cambio importante en los servicios de salud del IMSS. Este reflejó la importancia central que otorgó la institución a la curación del afiliado que posibilitara su reintegración al ámbito laboral, en vez de mejorar sus condiciones reales de vida. El nosocomio se diseñó como el espacio en el que cabían la educación y la curación de los asegurados, y fue pensado como el elemento imprescindible para llevar a cabo la tarea de mantener en la mejor forma la salud de la clase trabajadora. Los directivos del Instituto consideraron que la acumulación de las principales prestaciones del seguro en una sola unidad facilitaría sus tareas y la gestión de las mismas. Incluso, servicios que se otorgaban en otros lugares, como las labores de prevención de incidentes, consultas de medicina y los servicios de maternidad, alcanzarían, en teoría, mayor eficacia en ese espacio.

Así, el hospital fue concebido como un verdadero centro de propagación de las prestaciones del seguro.

La base de la expansión de los servicios del Instituto sería a partir de ese momento, y a pesar de lo pausado de su construcción, la infraestructura hospitalaria representada en las redes de clínicas y hospitales. La consecuencia de ese programa fue que la extensión dependió de las concesiones económicas y territoriales que políticos, empresarios y sindicatos de cada región del país pudieron entregar para la planificación de unidades que brindaran camas de hospitalización al mayor número afiliados. Así, las nuevas adscripciones del seguro se redujeron a las urbes y centros industriales que apoyaron el programa de redes de clínicas y hospitales. Ese acontecimiento produjo que el número de trabajadores asegurados creciera lentamente y de forma desigual; hasta 1960 no se había logrado incorporar a más del 10% de la población activa y en su mayoría en las zonas centro y norte del país.

Esta investigación deja abiertas muchas interrogantes ¿Cuáles fueron los espacios institucionales de discusión que delinearon el establecimiento de los servicios de protección social en regiones alejadas de la capital de la República? ¿Qué lugar ocuparon una gran gama de técnicos estatales (actuarios, ingenieros, trabajadores y trabajadoras sociales) en el diseño y funcionamientos de los planes administrativos y burocráticos del Instituto? ¿Cómo reaccionaron los grupos de trabajadores a los que el programa de protección no aseguró durante el periodo de estudio? Además, por ser en la Ciudad de México donde el IMSS inició sus primeros pasos el trabajo se centra primordialmente en ella. Es necesario seguir investigando y escribiendo otras historias, locales y regionales, sobre los programas de resguardo del trabajador en el siglo XX y en particular sobre la expansión del IMSS. Esos estudios ayudarían a entender mejor los patrones de su establecimiento y a rastrear los convenios y las redes de relaciones de los actores (sindicatos regionales, empresarios, políticos locales) que con sus actos apoyaron el desarrollo del Instituto en todo México.

Fuentes y bibliografía

Archivos consultados

AAM Archivo de Arquitectos Mexicanos de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

AHCM Archivo Histórico de El Colegio de México, Ciudad de México, México.

AHBM Archivo Histórico de la Biblioteca de México, Ciudad de México, México.

AGN Archivo General de la Nación, Ciudad de México, México.

AHSS Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

CLNB Colección Latinoamericana “Nettie Lee Benson”, Austin, Texas, Estados Unidos.

CUIIGT Centro único de Información del Instituto Mexicano del Seguro Social “Ignacio García Téllez”, Ciudad de México, México

DS Records of the Department of State Relating to the Internal Affairs of Mexico, 1910-1929 y 1930-1939 (microfilm), El Colegio de México, Ciudad de México, México.

Hemerografía

Boletín de Información

Boletín del Departamento de Salubridad Pública

Caras y Caretas

Construcción Moderna

Cuaderno de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Diario Oficial de la Federación

El Economista

Electra

El Nacional

El Popular

El Universal

Excélsior

La Afición

La Prensa

Novedades

Prensa Gráfica

Revista Mexicana del Trabajo

Salubridad y Asistencia

The Modern Hospital

Últimas noticias

Bibliografía

AGOSTONI, Claudia

“Que no traigan al médico. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (Ciudad de México, siglos XIX.-XX), en Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coordinadores), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la Ciudad de México*, México, Instituto Mora/Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, pp. 97-120.

“Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, en *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, núm. 33 (2007), pp. 89-120.

“Médicos rurales y medicina social en el México Posrevolucionario (1920-1940)”, en *Historia Mexicana*, vol. 63, núm. 2 (2013), pp. 745-801.

“Médicos al servicio de los trabajadores en la Ciudad de México, 1930-1944”, en *Dynamis*, vol. 39, núm. 2 (2019), pp. 289-310.

AGOSTONI, Claudia y Gabriela SOTO-LAVEAGA

“Science and Public Health in the Century of Revolution”, en William H. Beezley (editor), *A Companion to Mexican History and Culture*, Oxford, Oxford, Blackwell Publishing, 2011, pp. 1-13.

ARCE, Gustavo

Alemán y el seguro social, México, Editorial Ruta, 1951.

ARÉCHIGA, Ernesto

“Educación, propaganda o dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 33 (2007), pp. 57-88.

ARMUS, Diego

“¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”, en *Salud Colectiva*, vol. 6, núm. 1 (2010), pp. 5-10.

ARRIAGA, Agustín

“Ensayo sobre el seguro social en México”, Tesis de licenciatura en economía, Universidad Autónoma de México, 1951.

Asociación Interamericana de Hospitales

Asociación Interamericana de Hospitales. Estatutos, México, Imprenta de la Asociación Interamericana de Hospitales, 1945.

Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad

Servicios de la Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad A. C., México, Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad, 1964.

BARAJAS, Gabriela

“Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958”, en *Política y Cultura*, núm. 33 (2010), pp. 61-82.

BAZ, Gustavo

“Programa de Hospitales, 1940-1946”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 77, núm. 6 (1947), pp. 296-308.

BIERNAT, Carolina y Karina RAMACCIOTTI

“Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales”, en Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (editoras), *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970*, Argentina, Editorial Biblos, 2012, pp. 9-36.

BRANDT, Allan y Martha GARDNER

“The Golden Age of Medicine?” en Roger Cooter y John Pickstone (editores), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, Londres, Routledge World Reference, 2003, pp. 21-37.

BRIGGS, Asa

“The Welfare State in Historical Perspective”, en *European Journal of Sociology*, vol. 2, núm. 2 (1961), pp. 9-39.

CAMACHO, Anagraciél

“El trabajo mata: Los mineros-metalúrgicos y sus enfermedades en el Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo, México, 1937”, en *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, núm. 7 (2016), pp. 152-171.

“El impacto de las políticas públicas de salud en obreros, médicos y empresarios en 1937”, en *Revista Conamed*, vol. 22 (2017), pp. 21-23.

CANDELARIO, Tatiana

“Industrial Vallejo: una historia económica, urbana y política de la industrialización en la Ciudad de México, 1940-1982”, México, Tesis de Doctorado en Historia, El Colegio de México, 2019.

CÁRDENAS DE LA PEÑA, Enrique

Servicios médicos del IMSS. Doctrina e historia, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1973.

CÁRDENAS, Enrique

La industrialización mexicana durante la Gran Depresión, México, El Colegio de México, 1987.

CÁRDENAS, Nicolás

“La Revolución mexicana y los inicios de la organización empresarial (1917-1918)”, en *Secuencia*, núm. 4 (1986), pp. 24-41.

CARRILLO, Ana

“Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”, en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 9 (2002), pp. 67-87.

“Salud Pública y poder durante el cardenismo: México, 1934-1940”, en *Dynamis*, núm. 25 (2005), pp. 145-178.

CAUFIELD, Norman

Mexican Workers and the State: from the Porfiriato to NAFTA, Estados Unidos, Texas Christian University Press, 1998.

CAWTHON, Elisabeth

“Apocrypha from the Victorian Workplace: Occupational Accidents and Employee Attitudes in England, 1830-1860”. En *Victorian Periodicals Review*, vol. 25, núm. 2 (1992), pp. 56-63.

CLARK, Marjorie

La organización obrera en México, México, Ediciones Era, 1981.

Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos

Conferencias Preliminares organizadas por la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos, tomo III, México, Imprenta Victoria, S. A., 1922.

Confederación de Trabajadores de México

Proyecto del Código Federal del Trabajo presentado por la Secretaría de Gobernación a la Convención Obrero- Patronal, México, Imprenta de la C.T.M., s/f.

La Confederación de Trabajadores de México y el Seguro Social, México, Confederación de Trabajadores de México, 1942.

CONTRERAS, Ariel

México 1940: industrialización y crisis política. Estado y sociedad civil en las elecciones presidenciales, México, Siglo XXI Editores, 1992.

CORBIN, Alain

“Dolores, sufrimientos, y miserias del cuerpo”, en Alain Corbin (director), *Historia del cuerpo. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*, vol. II, España, Taurus, 2005, pp. 203-253.

CÓRDOBA, Arnaldo

“En una época de crisis (1928-1934)”, en Pablo González (editor), *La clase obrera en la historia de México*, vol. 9, México, Siglo XXI Editores, 1981.

Corporación de Investigación Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social

Actas de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Chile, Corporación de Investigación Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, 1992.

CRUZ, Fermín

“Configuración espacial de la industria en la Ciudad de México”, México, Tesis de Doctorado en Estudios Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, 2012.

Departamento del Trabajo

Memoria del Primer Congreso Mexicano de Derecho Industrial, México, Departamento del Trabajo/ Talleres Gráficos de la Nación, 1934.

DION, Michelle

“The Political Origins of Social Security in Mexico during the Cárdenas and Ávila Camacho Administrations”, en *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, vol. 21, núm. 1 (2005), pp. 59-95.

Workers and Welfare. Comparative Institutional Change in Twentieth-Century Mexico, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2010.

Dirección de Exposición Estadística

El seguro social: consideraciones sobre su posibilidad en México, México, Dirección de Exposición Estadística, 1929.

Dirección General de Estadística y Secretaría de Economía

México en cifras, México, Dirección General de Estadística/Secretaría de la Economía Nacional, 1938.

DRINOT, Paulo

La seducción de la clase obrera. Trabajadores, raza y la formación del Estado Peruano, Perú, Instituto de Estudios Peruanos/Ministerio de Cultura, 2016.

FARFÁN, Guillermo

“Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucionalista histórico”, Tesis de doctorado en ciencias políticas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006.

FISHBACK, Price y Shawn KANTOR

A Prelude to the Welfare State. The Origins of Workers' Compensation, Chicago, The University of Chicago Press, 2000.

FLIER, Patricia

“Las políticas de seguridad social de los populismos latinoamericanos en clave comparada. El desarrollo de la previsión social en los tiempos de Vargas y de Perón”, en *e-l@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos*, vol. 3, núm. 11 (2005), pp. 3-16.

“Las organizaciones internacionales y las recomendaciones de política de seguridad social para América Latina: el caso de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social”, en Daniel Lvovich y Juan Suriano (Editores), *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870-1952*, Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina, 2006, pp. 197-225.

FULTON, Christopher

“Revolutionary fire: David Alfaro Siqueiros at Centro Médico La Raza”, en *Word And Image*, vol. 28 (2012), pp. 161-180.

GALLO, Oscar y Jorge MÁRQUEZ

“Higiene industrial, medicina del trabajo, legislación laboral y salud en Colombia, 1910-1950”, ponencia presentada en *7º Congresso Latino Americano de história da ciência e da tecnologia. Salvador de Bahia, Brasil*, 2010, pp. 1-10.

“La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis (1910-1950)”, en *Historia Crítica*, núm. 45 (2011), pp. 114-143.

GARCÍA, Federico

“Estadística General del Hospital Juárez. 1888-1895”, Tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Escuela Nacional de Medicina de México, 1896.

GARCÍA, Miguel

La Seguridad Social. Bases, evolución, importancia económica, social y política, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1955.

“La seguridad social”, en *México: cincuenta años de revolución. II. La vida social*, México, Fondo de Cultura Económica, 1961, pp. 499-570.

La Seguridad Social en México. Bases, evolución, importancia económica, social, política y cultural, tomo I, México, B. Costa-AMIC EDITOR, 1972.

GARZA, Gustavo

El proceso de industrialización en la Ciudad de México, 1821-1970, México, El Colegio de México, 1985.

GÓMEZ GALVARRIATO, Aurora

Industria y revolución. Cambio económico y social en el Valle de Orizaba, México, México, Fondo de Cultura Económica, 2016.

GÓMEZ, Francisco

“¿Pueden evitarse algunos de los accidentes que rodean a los heridos de la Capital?”, Tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Escuela de Medicina de México, 1878.

GRIJALVA, Ana

“La economía del algodón en Sonora, México bajo las expectativas del mercado mundial, 1950-1980”, en *Estudios Rurales*, vol. 4, núm. 7 (2014), pp. 81-104.

GUDIÑO, María

“La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945”, en *Salud Pública de México* vol. 55, núm. 1 (2013), pp. 81-91.

Educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960, México, El Colegio de México, 2016.

HERNÁNDEZ, Irma

“La participación de los obreros en la construcción del Instituto Mexicano del Seguro Social”, México, Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.

HERRERA, Alfonso

La Ley mexicana del Seguro Social, México, Imprenta de Eduardo Limón, 1943.

HERRERA, Fabián

“México y la Organización Internacional del Trabajo: Los orígenes de una relación, 1919-1931”, en *Foro Internacional*, vol. 51, núm. 2 (2011), pp. 336-355.

HERRERA, Patricio

“Las Conferencias Americanas del Trabajo y el debate sobre las condiciones laborales del proletariado de América Latina, 1936-1946”, en *Revista Mundos do Trabalho*, vol. 7, núm. 13 (2015), pp. 105-128.

ILLADES, Carlos

Hacia la República del trabajo. La organización artesanal en la Ciudad de México, 1853-1876, México, El Colegio de México/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 1996.

Imprenta de la Patria de I. Paz

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Imprenta de la Patria de I. Paz, 1891.

Instituto Mexicano del Seguro Social

El seguro social en México, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943.

Los sistemas del Seguro Social contra los riesgos profesionales, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943.

Seguro Social y Asistencia Pública, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943.

Concurso para el Ante-proyecto del Primer Hospital de Zona, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1944.

Memoria y Plan de Labores 1945, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1945.

Memoria de Labores de 1946 y Plan de Trabajos para 1947, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1947.

Memoria de Labores 1948, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1949.

Memoria de Labores 1950, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1951.

México y la Seguridad Social, tomo I, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1952.

México y la Seguridad Social, tomo II, parte 1, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1953.

Ámbito geográfico de operación del Seguro Social y población amparada al 31 de diciembre de 1963, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1963.

Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años, 1943-1944, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.

Vida, pensamiento y obra de Ignacio García Téllez, tomo II, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997.

Los rostros del IMSS, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017.

JENSEN, Jill

“From Geneva to the Americas: The International Labor Organization and Inter-American Social Security Standards, 1936-1948”, en *International Labor and Working-Class History*, núm. 80 (2011), pp. 215-240.

KOVEN, Seth y Sonya MICHEL

“Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States, 1880-1920”, en *The American Historical Review*, vol. 95, núm. 4 (1990), pp. 1076-1108.

KUNTZ, Sandra y Elisa SPECKMAN

“El Porfiriato”, en *Nueva Historia General de México*, México, El Colegio de México, 2015, pp. 487-536.

LABISCH, Alfons

“Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of ‘Health’ and the ‘Homo Hygienicus’”, en *Journal of Contemporary History*, vol. 20 (1985), pp. 599-615.

LANDA, Augusto

“Consideraciones breves sobre higiene y medicina del trabajo”, Tesis de medicina y cirugía, Escuela Nacional de Medicina, 1938.

LEAL DE ARAUJO, Lucila

Aspectos económicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Editorial Libros de México, 1966.

LOEZA, Soledad

“Modernización autoritaria a la sombra de la superpotencia, 1944-1968”, en Erick Velásquez y otros autores, *Nueva Historia General de México*, México, El Colegio de México, 2015, pp. 653-698.

MÁRQUEZ, Graciela

“La concentración industrial en México, 1925-1940”, en María Romero (coordinadora), *La industria mexicana y su historia. Siglos XVIII, XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997, pp. 309-366.

MARTÍNEZ, José

“El obrero recuperado: medicina del trabajo, ortopedia y tecnología médica en la imagen social de las personas con discapacidades (España, 1922-1936), en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 13, núm. 2 (2006), pp. 349-373.

MEDINA, Luis

“Del cardenismo al avilacamachismo”, en Luis González (coordinador), *Historia de la Revolución Mexicana*, vol. 18, México, El Colegio de México, 2001.

MESA-LAGO, Carmelo

Modelos de seguridad social en América, Argentina, Ediciones Nueva Visión, 1977.

Mexican Telephone and Telegraph CO

Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre la CIA. Telefónica y Telegráfica Mexicana y el Sindicato Nacional de Telefonistas, México, Mexican Telephone and Telegraph CO., 1926.

MOISEN, Lorenzo

“Accidentes del trabajo”, Tesis de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931.

NAVA, Guadalupe

“Jornales y jornaleros en la minería porfiriana”, en *Historia de México*, vol. 12, núm. 1 (1962), pp. 53-72.

NIGENDA, Gustavo

“The regional distribution of doctors in Mexico, 1930- 1990: a policy assessment”, en *Health Policy*, núm. 39 (1997), pp. 107-122.

NORD, Philip

“The Welfare State in France, 1870-1914”, en *French Historical Studies*, vol. 18, núm. 3 (1994), pp. 821-838.

Oficina Internacional del Trabajo

Memoria del Director de la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1939.

Segunda Conferencia del Trabajo de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo, Montreal, Oficina Internacional del Trabajo, 1941.

Organización Mundial de la Salud

“Promoción de la salud”, en *Organización Mundial de la Salud*, colocado en línea el 1 de agosto de 2016, consultado el 5 de agosto de 2020, link: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

ORTÚZAR, Diego

“Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900–1940”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, colocado en línea el 17 octubre 2013, consultado el 20 abril 2018, link: <http://nuevomundo.revues.org/66007>

PALOMO, Juan

“Cirugía Conservadora y Restauradora en los Accidentes del Trabajo”, Tesis de Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de México, 1937.

PAOLI, Francisco

“Legislación electoral y proceso político, 1917 y 1982”, en Pablo González (coordinador), *Las elecciones en México. Evolución y perspectivas*, México, Siglo XXI Editores, 1993, pp. 129-162.

PORTER, Roy

“The Patients’ View: Doing Medical History from Below”, en *Theory and Society*, vol. 14, no. 2 (1985), pp. 175-198.

PORTER, Susie

“De obreras y señoritas. Culturas de trabajo en la Ciudad de México en la compañía Ericsson, en la década de 1920”, en María Fernández y Susie Porter (Editoras), *Género en la encrucijada de la historia social y cultural de México*. México: El Colegio de Michoacán/CIESAS, 2015, pp. 179-210.

“Working Women in the Mexican Revolution”, en *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*, colocado en línea el 9 de mayo de 2016, consultado el 5 de agosto de 2020, pp. 1-24, link: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.16>

PORTES, Emilio

Quince Años de Política Mexicana, México, Editorial Botas, 1941.

PRUNEDA, Alfonso

Higiene de los trabajadores, México, Ediciones de la Universidad Nacional de México, 1937.

RAFART, Carlos

“Recordando a los muertos. La seguridad social, el empleo y las instituciones democráticas en Lord Willian Beveridge”, en *Revista de Historia*, núm. 5 (1995), pp. 297-313.

RAJCHENBERG, Enrique

“La respuesta social al trabajo: indemnización a las actividades laborales en México, 1910-1920”, en *Secuencia*, núm. 7 (1987), pp. 24-47.

“El tributo al progreso: los costos del tránsito al mundo fabril. Los obreros de Orizaba a principios del siglo XX”, en *Journal of Iberian and Latin American Studies*, vol. 4, núm. 1 (1988), pp. 17-36.

“México en la Revolución: la lucha del proletariado por el reconocimiento de las enfermedades profesionales”, en *Salud Problema*, núm. 20 (1990), pp. 9-15.

“De la desgracia al accidente de trabajo. Caridad e indemnización en el México revolucionario”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea en México*, vol. 15 (1992), pp. 85-113.

RAMACCIOTTI, Karina

“De la culpa al seguro. La Ley de Accidentes de Trabajo, Argentina (1915-1955)”, en *Revista Mundos do Trabalho*, vol. 3, núm. 5 (2011), pp. 266-284.

“Influencias internacionales sobre la gestión de los accidentes de trabajo en Argentina. Primera mitad del Siglo XX”, en *e-I@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos*, vol. 12, núm. 48 (2014), pp. 21-42.

“Diálogos transnacionales entre los saberes técnicos e institucionales en la legislación sobre accidentes de trabajo, primera mitad del siglo XX”, en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 22, núm. 1 (2015), pp. 201-219.

REMOLINA, Felipe

El Artículo 123, México, Ediciones del V Congreso Iberoamericano de Derecho del Trabajo y de Seguridad Social, 1974.

RODGERS, Daniel

Atlantic Crossings. Social Politics in a Progressive Age, Estados Unidos, The Belknap Press of Harvard University Press, 1998.

RODRÍGUEZ, Ariel

“Ciudad Oficial, 1930-1970”, en Ariel Rodríguez (coordinador), *Historia política de la Ciudad de México (Desde su fundación hasta el año 2000)*, México, El Colegio de México, pp. 417-482.

ROSEN, George

De la policía médica a la medicina social, México, Siglo XXI Editores, 1985.

ROUAIX, Pastor

Génesis de los artículos 27 y 123 de la Constitución Política de 1917, México, Secretaría de Cultura/Instituto Nacional de Estudios históricos de las Revoluciones de México, 2016.

SALMERÓN, Pedro

Aarón Sáenz Garza. Militar, diplomático, político, empresario, México, Miguel Ángel Porrúa, 2001.

SALVATORE, Ricardo

“Introducción. Los lugares del Saber”, en Salvatore, Ricardo (editor), *Los lugares del Saber. Contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno*, Rosario, Beatriz Viterbo, 2007, pp. 9-34.

SÁNCHEZ, Alfredo

La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.

SCOTT, James

Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos, México, Ediciones Era, 2000.

Secretaría de Economía y Dirección General de Estadística

Sexto Censo de Población 1940. Resumen General, México, Secretaria de la Economía Nacional/Dirección General de Estadística, 1943.

Compendio estadístico 1950, México, Secretaría de Economía/Dirección General de Estadística, 1950.

Séptimo Censo General de Población, 6 de Junio de 1950. Resumen General, México, Secretaría de Economía/Dirección General de Estadística, 1953.

Compendio estadístico 1955, México, Secretaría de Economía/Dirección General de Estadística, 1957.

Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo

Reseña y memorias del Primer Congreso Nacional de Industriales, México, Departamento de Aprovisionamientos Generales/Talleres Gráficos, 1918.

Reglamento interior para Convención de obreros y trabajadores reunida con motivo del Código Federal del Trabajo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1928.

Memoria presentada por el Lic. Aarón Sáenz, Secretario del Ramo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1931.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Anteproyecto de Ley del Seguro Social, México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 1942.

SERRANO, María

“La crisis económica de 1929: Roosevelt y el New Deal”, en *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*, vol. 1, núm. 6 (2010), pp. 112-130.

SOLÀ, Pere

“El mutualismo y su función social: sinopsis histórica”, en *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, núm. 44 (2003), pp. 175-198.

SOTO-LAVEAGA, Gabriela

“Building the nation of the future, one waiting room at a time: hospital murals in the making of modern Mexico”, en *History and Technology*, vol. 31, núm. 3 (2015), pp. 275-294.

SPALDING, Rose

“Social Security Policy Making: The Formation and Evolution of the Mexican Social Security Institute”, Tesis de doctorado en ciencias políticas, Universidad de Carolina del Norte, 1978.

STEINMETZ, George

Regulating the Social: The Welfare State and Local Politics in Imperial Germany, Princeton, Princeton University Press, 1993.

SUAREZ-POTSS, William

The Making of Law. The Supreme Court and Labor Legislation in Mexico, 1875-1931, Estados Unidos, Stanford University Press, 2012.

“La Constitución de 1917 y la Ley Federal del Trabajo de 1931”, en Francisco Ibarra, Pedro Salazar y Gerardo Esquivel (coordinadores), *Cien ensayos para el centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tomo 3: Estudios económicos y sociales*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017, pp. 429-448.

Suprema Corte de Justicia de la Nación

Nueva Edición del Diario de Debates del Congreso Constituyente de 1916-1917, tomo I, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2006.

SURIANO, Juan

“La cuestión social y el complejo proceso de construcción inicial de las políticas sociales en la Argentina moderna”, en *Ciclos*, vol. 11, núm. 21 (2001), pp. 123-147.

Talleres Gráficos de la Nación

Código Federal del Trabajo de los Estados Unidos Mexicanos (Proyecto), México, Talleres Gráficos de la Nación, 1928.

TAMAYO, Jaime

“Siqueiros, los orígenes del movimiento rojo en Jalisco y el movimiento minero”, ponencia presentada en el *Primer Encuentro sobre Historia del Movimiento Social en México, 1918-1934*, México, 1981, pp. 1-20.

THOMPSON, Edward

La formación de la clase obrera en Inglaterra, España, Capitán Swing Libros, 2012.

TORRES, Blanca

“México en la Segunda Guerra Mundial”, en Luis González (coordinador), *Historia de la Revolución Mexicana*, vol. 19, México, El Colegio de México, 2001.

TREJO, Karina

“Por la salud ocupacional, una propuesta de reformas a la Ley Federal del Trabajo”, en *El Cotidiano*, núm. 178 (2013), pp. 53-60.

TREJO, Raúl

“The Mexican Labor Movement: 1917-1975”, en *Latin American Perspectives*, vol. 3, núm. 1 (1976), pp. 133-153.

VAN DAELE, Jasmien

“Engineering Social Peace: Networks, Ideas, and the Founding of the International Labour Organization”, en *International Review of Social History*, vol. 50, núm. 3 (2005), pp. 435-466.

VENEROS, Diana

“Aspectos médicos, legales y culturales tras el trabajo industrial de obreros y obreras en un contexto de modernización. Chile (1900-1930)”, en *Historia Crítica*, núm. 46 (2012), pp. 132-153.

VICTORIA, Jorge

“El constituyente por Yucatán, Héctor Victoria Aguilar, en la Carta Magna de 1917. Breves notas sobre un personaje semi-olvidado”, en *Tohil*, vol. 38, núm. 1 (2017), pp. 1-13.

WEINBREN, Daniel,

“Supporting self-help: charity, mutuality and reciprocity in nineteenth-century Britain”, en Paul Bridgen y Harris Bernard (editores), *Charity and Mutual Aid in Europe and North America Since 1800*, Inglaterra, Routledge Studies in Modern History, 2012, pp. 67–88.

WILSON, Richard

“The Corporatist Welfare State: Social Security and Development in Mexico”, Tesis de doctorado en filosofía, Universidad de Yale, 1981.

YÁÑEZ, Juan

La OIT en América del Sur. El comunismo y los trabajadores chilenos (1922-1932), Chile, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2016.

ZERTUCHE, Fernando

“Los riesgos profesionales, su prevención y aseguramiento en la Ley Federal del Trabajo de 1931”, en *Origen y repercusiones de la primera Ley Federal del Trabajo*, México, Secretaria del Trabajo y Previsión Social, 1981, pp. 151-162.