

Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México, 1930-1944

Claudia Agostoni (*)

(*) orcid.org/0000-0001-9186-3028. Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM.
agostoni@unam.mx

Dynamis
[0211-9536] 2019; 39(2): 289-310
<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v39i2.9836>

Fecha de recepción: 28 de noviembre de 2018
Fecha de aceptación: 22 de febrero de 2019

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Riesgos, enfermedades y la reglamentación de la higiene industrial. 3.—Médicos para trabajadores: formación, anhelos y expectativas. 4.—De la medicina del trabajo al ámbito hospitalario. 5.—Consideraciones finales.

RESUMEN: El artículo reflexiona en torno a la importancia que revistió formar a especialistas en medicina del trabajo en la ciudad de México a partir de la década de 1930, destacándose la manera en la que esa nascente especialidad se asoció con algunas de las ideas en ese momento trazadas por la medicina social. De igual forma, se presta atención a la gradual transformación por la que atravesó esa asociación al iniciar la década siguiente, cuando se consideró que era vital consolidar y ampliar una moderna red hospitalaria al instituirse el régimen de seguridad social e iniciar la prestación de servicios médicos para los trabajadores asalariados urbanos por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social en enero de 1944. En suma, lo que se argumenta es que, los paralelismos y las correspondencias entre la medicina del trabajo y la medicina social, reiterados por distintos médicos, entre éstos Alfonso Pruneda, adoptaron otras acepciones al ocupar un lugar preponderante el ámbito hospitalario estatal. En el mismo, la pericia técnica, la especialización médica y los datos clínicos ocuparon un lugar primordial para enfrentar y atender los problemas de salud de los trabajadores.

PALABRAS CLAVE: médicos, trabajadores, Ciudad de México, medicina social.

KEYWORDS: physicians, workers, Mexico City, social medicine.

1. Introducción

Durante el transcurso de las décadas finales del siglo diecinueve y la primera mitad del siglo pasado, múltiples fueron los discursos y los debates en torno al reconocimiento de enfermedades vinculadas con el trabajo repetitivo y rutinario, y en lo concerniente a intoxicaciones, envenenamientos, lesiones y accidentes en el interior de los espacios laborales a nivel internacional. Esas, y otras temáticas, han cautivado la atención de diversos historiadores en América Latina en años recientes, sobresaliendo los estudios sobre la legislación que abordó el riesgo de trabajo, la enfermedad profesional y los accidentes, y en lo tocante a los procesos de configuración y afianzamiento de la medicina del trabajo, un campo de especialización y de desempeño médico que se consolidó en diversos países durante el transcurso de la primera mitad del siglo pasado¹.

En México, las investigaciones históricas centradas en el estudio de las condiciones de salud, enfermedad y atención de los trabajadores urbanos al finalizar la década más violenta de la Revolución Mexicana (1910-1920), o bien, aquellas abocadas al examen del surgimiento y consolidación de la medicina del trabajo, han ocupado un espacio marginal en la vasta historiografía que sobre las clases trabajadoras proliferó entre la década de 1970 y primera mitad de la de 1980, la también llamada época dorada de los estudios sobre la clase obrera en México². De acuerdo con Gamboa Ojeda, durante ese periodo numerosos estudios analizaron las movilizaciones, demandas, huelgas, aspiraciones políticas y laborales de las clases trabajadoras antes, durante y después de la fase armada de la Revolución Mexicana; examinaron las divergentes causas y múltiples consecuencias de los conflictos obrero-

-
1. Ramacciotti, Karina. De la culpa al seguro. La ley de accidentes de trabajo, Argentina (1915-1955). *Mundos do Trabalho*. 2011; 3 (5): 266-284; Ramacciotti, Karina. Diálogos transnacionales entre los saberes técnicos e institucionales en la legislación sobre accidentes de trabajo. *Primera mitad del siglo XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2014; 21(1): 201-219. Suriano, Juan. El mundo como un taller de observación. La creación del Departamento Nacional del Trabajo y las influencias internacionales. *Revista de Indias*. 2013; 257: 107-130. Gallo Vélez, Óscar; Márquez Valderrama, Jorge. La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis (1910-1950). *Historia Crítica*. 2011; 45: 114-143. Gallo Vélez, Óscar; Hilderman, Cardona; Pedraza, Zandra. Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948. En: Cardona, Hilderman; Pedraza, Zandra. eds. *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2014, p. 239-272.
 2. Gamboa Ojeda, Leticia. *La urdimbre y la trama. Historia social de los obreros textiles de Atlixco, 1899-1924*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001, p. 15.

patronales, al igual que la sindicalización, la manipulación y la cooptación estatal, entre otros temas³. En años más recientes, otras investigaciones desde la historia social han estudiado las divergentes experiencias del mundo del trabajo formal, informal e infantil en la ciudad de México entre los años finales del siglo diecinueve y las primeras décadas del siglo pasado⁴; la variedad de oficios y calificaciones entre los trabajadores urbanos; las nuevas disciplinas fabriles y las heterogéneas expresiones de movilización, organización y protesta durante el transcurso de la primera mitad del siglo pasado, entre otros elementos⁵.

Si bien en los estudios antes mencionados se ha destacado la importancia que revistió garantizar, fomentar, cuidar y regular la salud de los trabajadores, un análisis detallado de las acciones, los programas y la reglamentación, y de los actores mediante lo que se procuró lo anterior a partir de 1920, al iniciar el periodo posrevolucionario, no ha sido cuidadosamente abordado en la historiografía. No obstante, es necesario mencionar algunas aportaciones. Enrique Rajchenberg analizó los debates que suscitó la teoría del riesgo profesional y los conflictos que generó para empresarios e industriales sufragar los gastos de lesiones, accidentes de trabajo e indemnizaciones durante las décadas finales del siglo diecinueve y las primeras del siglo pasado⁶. Por otra parte, Ernesto Aréchiga examinó las estrategias discursivas, educativas

-
3. Gamboa Ojeda, n. 2, p. 15-20. Carr, Barry. El movimiento obrero y la política en México, 1910-1929. México: Ediciones Era; 1976; Clark, Marjorie Ruth. La organización obrera en México. México: Ediciones Era; 1983; Córdova, Arnaldo. La clase obrera en la historia de México en una época de crisis (1928-1934). México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM/Siglo XXI Editores; 1986; González Casanova, Pablo. La clase obrera en la historia de México. En el primer gobierno constitucional (1917-1929). México: Siglo XXI editores; 1984.
 4. Barbosa Cruz, Mario. El trabajo en las calles. Subsistencia y negociación política en la ciudad de México a comienzos del siglo XX. México: El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana; 2008. Sosenski, Susana. Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934. México: El Colegio de México; 2010.
 5. Lida, Clara E.; Pérez Toledo, Sonia, eds. Trabajo, ocio y coacción: trabajadores urbanos en México y Guatemala en el siglo XIX. México: Miguel Ángel Porrúa; 2001; 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; Lear, John. Workers, neighbors and citizens. The revolution in Mexico City. Nebraska: University of Nebraska Press; 2001.
 6. Rajchenberg, Enrique. La respuesta social al trabajo: indemnización a las actividades laborales en México, 1910-1920. Secuencia. 1987; 7: 24-47; Rajchenberg, Enrique. De la desgracia al accidente de trabajo. Caridad e indemnización en el México Revolucionario. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México. 1992; 15: 85-113; Rajchenberg, Enrique. Cambio de paradigma médico y tuberculosis: México a la vuelta del siglo XIX. Anuario de Estudios Americanos. 1999; 2: 539-551.

y de propaganda higiénica impulsadas por el estado posrevolucionario entre 1917 y 1945, con el propósito de alentar prácticas, hábitos y formas de vida calificadas como saludables entre los trabajadores urbanos⁷. De igual manera, Ana María Carrillo destacó la centralidad que revistió fomentar y resguardar la salud de los trabajadores rurales y urbanos durante el gobierno de Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940), mientras que Anagricel Camacho Bueno estudió algunos de los padecimientos más frecuentes entre los trabajadores mineros metalúrgicos, en particular la silicosis, una enfermedad crónica del aparato respiratorio ocasionada por la inhalación de partículas de sílice, así como los debates que suscitó clasificarla como enfermedad profesional durante el primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo de 1937⁸. Es también pertinente aludir a las importantes contribuciones de Asa Cristina Laurell sobre la medicina del trabajo y la salud de los trabajadores en México a partir de la década de 1970⁹.

Frente a lo anterior, en las siguientes páginas se prestará atención a algunos de los elementos que contribuyeron a que durante el transcurso de la década de 1930 se expidiera legislación en materia de higiene del trabajo y se considerara esencial formar a especialistas en medicina del trabajo. Por una parte, se destacaran los paralelismos trazados entre esa naciente especialidad y algunos de los postulados del polifacético término de medicina social, sobre todo los referentes a la importancia de tomar en consideración las condiciones económicas, sociales y laborales durante la resolución o prevención de enfermedades y accidentes entre los trabajadores urbanos. Por otra parte, se argumentará que los paralelismos entre las labores que se esperaba desempeñarían los médicos para trabajadores y los elementos antes mencionados de la medicina social, fueron perdiendo vigencia a medida que el ámbito hospitalario estatal de la seguridad social privilegió la organización racional, técnica y jerárquica de los servicios médicos para los trabajadores.

-
7. Aréchiga, Ernesto. Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934. *Dynamis*. 2005; 25: 117-143; Aréchiga, Ernesto. Educación, propaganda o «dictadura sanitaria». Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*. 2007; 33: 57-88.
 8. Carrillo, Ana María. Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. *Dynamis*. 2005; 25: 145-178; Camacho Bueno, Anagricel. El trabajo mata. Los mineros-metalúrgicos y sus enfermedades en el primer congreso nacional de higiene y medicina del trabajo, México, 1937. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*. 2016; 7: 152-171.
 9. Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano. La salud en la fábrica. Estudios sobre la industria siderúrgica en México. México: Ediciones Era; 1989, p. 11; Laurell, Asa Cristina. El desgaste obrero en México: proceso de producción y salud. México: Ediciones Era; 1983.

Por tanto, el artículo inicia con un breve examen de lo que legislación expedida entre 1931 y 1934 estableció en lo tocante a las condiciones higiénicas y sanitarias de los espacios laborales, en lo referente a enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, y destaca las labores que idealmente desempeñarían los médicos para el trabajo. La segunda sección se concentra en el estudio de las expectativas que suscitó la formación de los primeros «médicos para trabajadores»¹⁰, en particular las ideas, propuestas y acciones concretas impulsadas por Alfonso Pruneda, quien consideraba que esa nascente especialidad no se podría materializar sin el sustento de los postulados de la medicina social. En la tercera sección se presta atención a la manera en la que en 1944 inició la prestación de servicios médicos bajo el régimen de seguridad social por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943) en la ciudad de México, subrayándose que lo que prevaleció fue la improvisación en los espacios de atención y en lo tocante al personal médico en ese momento contratado. Asimismo, se sostiene que, para la concreción y gradual dotación de servicios médicos y curativos por parte del IMSS para los trabajadores urbanos asalariados y afiliados por parte del régimen de seguridad social, se consideró fundamental la reorganización, la ampliación y el fortalecimiento del ámbito hospitalario. Esto último, se argumenta, condujo a que las semejanzas establecidas entre la medicina social y la medicina del trabajo durante la década de 1930, y con ello, el anhelo de que la medicina del trabajo deviniera en una práctica eminentemente médico-social, adoptara otros propósitos y significados.

2. Riesgos, enfermedades y la reglamentación de la higiene industrial

Fue a partir de la década de 1920, al concluir la década de mayor violencia generada por la Revolución Mexicana (1910-1920) e iniciar el periodo de reconstrucción nacional (1920-1940), cuando garantizar la salud de los trabajadores ocupó un lugar primordial en la impronta legislativa, en la instauración de diferentes instituciones y programas médico-asistenciales para los trabajadores asalariados, y cuando se discutió y debatió la implementación de diferentes programas de asistencia, de servicios médicos y de seguridad

10. Pruneda, Alfonso. El servicio médico-social de la Universidad Nacional. *Gaceta Médica de México*. 1940; 70: 144.

social para los trabajadores urbanos y rurales. Lo anterior formó parte de los anhelos para fortalecer al Estado, para impulsar la modernización y el progreso industrial de los gobiernos de la posrevolución, lo que a su vez exigía contar con trabajadores sanos. Es necesario mencionar que, durante la década de la guerra civil, se registró un declive poblacional considerable, estimándose que la cifra de habitantes que en 1910 se ubicaba en aproximadamente 15.160.000 personas, disminuyó a 14.335.000 en 1921¹¹. Pero no fue únicamente la guerra y la violencia lo que provocó ese descenso poblacional, también fue tenaz la propagación de diferentes enfermedades endémicas y epidémicas, entre éstas el tifus, la fiebre amarilla y la viruela en 1915 y 1916, y la influenza en 1918-1919, además de registrarse una migración de numerosos trabajadores urbanos y rurales a los Estados Unidos de América¹².

La reglamentación de las condiciones sanitarias e higiénica de los espacios laborales y el reconocimiento de que entre los derechos laborales estaba el derecho a la salud, quedaron consignados en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos promulgada en 1917. En el mismo, además de establecerse la duración máxima de la jornada laboral diurna y nocturna, el descanso semanal obligatorio y la prohibición del trabajo de mujeres y niños en lugares insalubres y peligrosos, se asentó que la protección de la mujer embarazada, la prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, al igual que el pago de indemnizaciones en caso de lesión, enfermedad, discapacidad temporal o permanente y fallecimiento, eran prioritarios¹³. Por ende, cómo conservar en buen estado los cuerpos y la salud de los trabajadores, de qué manera evitar que estuvieran en contacto con vapores nocivos y desechos perjudiciales en ambientes insalubres, cómo prevenir accidentes, mutilaciones, caídas y la fatiga del organismo, así como el desarrollo de enfermedades derivadas de la tensión muscular prolongada o por el contagio en el interior de los espacios laborales, destacaron entre las temáticas sobre las que reflexionaron médicos, funcionarios públicos y estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina de

11. Aguilar Camín, Héctor y Meyer, Lorenzo. *A la sombra de la revolución mexicana*. México: Cal y Arena; 2000, p. 87

12. McCaa, Robert. *Missing millions: The demographic costs of the mexican revolution*. *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*. 2003; 19 (2): 367-400.

13. *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Dirección General de Educación Pública; 1917, p. 66-67.

la Universidad Nacional de la ciudad de México de manera particularmente intensa a partir de la década de 1920.

Sin embargo, la reglamentación del artículo 123 constitucional suscitó acaloradas controversias, debates y resistencias entre industriales, trabajadores, empresarios y dueños de talleres, por lo que a lo largo de la década de 1920 «muchos industriales seguían considerando las disposiciones de ese artículo como una mera obligación moral, no legal»¹⁴. Además, en 1925 y de acuerdo con el médico Gonzalo Arizmendi Pablos Vélez, las condiciones sanitarias, higiénicas y de seguridad en la mayor parte de las industrias de la ciudad de México eran insalubres y peligrosas, y carecían de los más elementales servicios médicos. Lo anterior, agregaba, no obedecía a la culpa del industrial y sí a «las leyes que son incompletas, al no tener en cuenta las necesidades de la comunidad...»¹⁵.

Fue en agosto de 1931, durante la breve presidencia de Pascual Ortiz Rubio (1930-1932), cuando se expidió la primera Ley Federal del Trabajo (LFT), la que se sustentó en la legislación laboral previamente expedida en diferentes estados del país, en la reglamentación adoptada en distintos países del continente europeo y de las Américas durante el periodo de entreguerras, al igual que en los lineamientos trazados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1919, al margen de que México solamente ingresó a la OIT en septiembre de 1931¹⁶. Es preciso mencionar que la LFT se promulgó en plena crisis económica y durante un momento marcado por la creciente intervención del Estado en la regulación de diferentes esferas de la vida social, por la paulatina integración de diferentes sindicatos a las estructuras del Estado, y por numerosas demandas y movilizaciones obreras en las que la enunciación del derecho a la salud fue preponderante.

Entre las disposiciones que la LFT determinó que eran de observancia obligatoria en establecimientos comerciales, industriales y agrícolas, se encontraban la identificación y la reducción de los riesgos profesionales, definidos como «accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores

14. González Navarro, Moisés. La pobreza en México. México: El Colegio de México; 1985, p. 191.

15. Arizmendi Pablos Vélez, Gonzalo. Principios fundamentales de higiene y su aplicación en la industria con especial referencia a la obrera embarazada. Prueba escrita para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia. México. Escuela Nacional de Medicina - Universidad Nacional; 1925, p. 49.

16. Herrera León, Fabián. México y la organización internacional del trabajo: los orígenes de una relación, 1919-1931. Foro Internacional. 2011; 51 (2): 336-355.

con motivo de sus labores o en ejercicio de ellas»¹⁷. En lo que respecta a accidentes de trabajo, el artículo 285 les 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»¹⁸.

Por otra parte, y en relación con la enfermedad profesional, el artículo 286 le 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»¹⁹.

La LFT también incorporó un listado o tabla de enfermedades profesionales, consistente en un largo catálogo cerrado de enfermedades infecciosas y parasitarias consideradas como resultantes del trabajo cotidiano y rutinario, con lo que se reafirmó un vínculo entre ciertas enfermedades y determinadas rutinas, actividades, maquinarias y ambientes. Por tanto, la anquilostomiasis, una enfermedad parasitaria que 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, fundadores y otros obreros que trabajaran con vidrio o que manipularan pinturas²⁰. El énfasis en establecer relaciones causales entre determinados trabajos y ciertas enfermedades, contribuyó a que las condiciones de vida de los trabajadores al exterior de los espacios laborales no formaran parte de la legislación, por lo que en México, al igual que en

17. Ley Federal del Trabajo. Diario oficial de la nación. Órgano del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, t. LXVII, n. 51, 28 Ag 1931, art. 284, p. 55.

18. Ley Federal, n. 17, art. 285, p. 55.

19. Ley Federal, n. 17, art. 286, p. 55.

20. Ley Federal, n. 17, art. 326, p. 62-65.

otros países durante el periodo de entreguerras, se afianzó «una creciente disociación entre la atención a los determinantes socioeconómicos de la salud de la población trabajadora —articulada a través de la previsión social— y una mirada reduccionista y tecnocrática a los determinantes sociales del riesgo laboral»²¹.

Ahora bien, en la LFT también se especificó que los trabajadores tendrían que recibir una adecuada y eficaz atención médica, tratamiento o curación en caso de accidente, lesión, intoxicación y enfermedad en fábricas, 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 y eficaz. Cuando la fábrica, taller o establecimiento productivo ocupara a más de 300 individuos, se determinó que un médico titulado tendría que estar al frente de una enfermería, consultorio o pequeño hospital, que correspondería a la empresa o al patrón instalar²². Por otra parte, cuando la industria se situara a menos de dos horas de distancia «empleando lo medios ordinarios de transporte disponibles» de algún hospital o sanatorio, los patrones requerirían establecer contratos con esas instituciones para que recibieran a los trabajadores con alguna enfermedad profesional o después de algún accidente de trabajo²³.

Tres años después, en 1934, se promulgaron los Reglamentos de Higiene del Trabajo, el de Labores Peligrosas e Insalubres y el de la Inspección Federal del Trabajo²⁴, con lo que la normatividad y las exigencias de salubridad, seguridad y de atención médica, curativa y asistencial en los espacios laborales se plasmaron con mayor puntualidad. En los mismos se subrayó que sería obligatorio otorgar cuidados, tratamientos y asistencia médica a los trabajadores, pagar indemnizaciones en caso de enfermedad, accidente o discapacidad, y se destacó la relevancia que tendrían las actividades de los expertos en riesgos y vulnerabilidades: los médicos de fábrica o médicos

21. Rodríguez Ocaña, Esteban; Menéndez Navarro, Alfredo. Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. Archivos de Prevención y Riesgos Laborales. 2006; 9 (2): 85.

22. Ley Federal, n. 17, art. 308, p. 59.

23. Ley Federal, n. 17.

24. Varela, Manuel V. Reglamento de la higiene del trabajo, reglamento de labores peligrosas e insalubres y reglamento de la inspección federal del trabajo. Anotados y concordados con la ley federal del trabajo y el código sanitario. México: Cámara Nacional del Comercio de la Ciudad de México; 1934.

del trabajo²⁵. Además, los artículos 10 a 16 del Reglamento de Higiene del Trabajo especificaron que a los médicos de fábrica correspondería llevar un registro con el nombre, la fecha y el resultado del reconocimiento del trabajador antes de la contratación, y posteriormente cada seis meses; que tendrían que valorar la resistencia del trabajador a la acción de los agentes nocivos a los que se expondrían, y practicar visitas preventivas y periódicas a las industrias que emplearan sustancias tóxicas. También les correspondería atender y asistir a los trabajadores en caso de accidente, enfermedad, intoxicación, envenenamiento o lesión²⁶; detectar problemas auditivos, visuales y motores, y fomentar hábitos, prácticas y formas de vida y de trabajo calificadas como saludables. Adicionalmente, y debido a que el médico de fábrica tendría que estar permanentemente disponible para los trabajadores, los espacios laborales requerirían colocar «carteles bien visibles indicando el nombre y apellido, domicilio o consultorio del médico al que se puede recurrir, así como el número de su teléfono»²⁷. Lo expuesto hasta el momento contribuyó a que en la reglamentación se delineara un perfil profesional ideal de los médicos para trabajadores, a los que competería «fomentar, resguardar y promover la salud de los trabajadores, en función de ‘criterios supuestamente científicos’»²⁸.

Fue también durante la década de 1930 cuando diferentes médicos manifestaron que la expedición de leyes y reglamentos en materia de medicina del trabajo e higiene industrial requerían acompañarse del reconocimiento de qué, entre las disciplinas científicas, «la medicina era la más específicamente social»²⁹. Esas y otras consideraciones formaron parte de las asociaciones que circularon a nivel internacional que establecían que la medicina podría desempeñar un papel central en aras de la resolución de las problemáticas sociales³⁰. Además, la concepción de la medicina del trabajo como una práctica médico-social tuvo una importante resonancia en México durante esos años, cuando se emprendieron importantes reformas sociales, como

25. Varela, n. 24, p. 22.

26. Varela, n. 24, p. 20.

27. Varela, n. 24, p. 24.

28. Huertas, Rafael. Medicina social, control social y política del cuerpo. La subjetivación de la norma. En: Miranda, Marisa y Girón Sierra, A. coord. *Cuerpo, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2009, p. 37.

29. Pruneda, Alfonso. La higiene y la medicina sociales. *Gaceta Médica de México*. 1933; 64: 123.

30. Porter, Dorothy. Introduction. En: Porter, Dorothy. ed. *Social medicine and medical sociology in the twentieth century*. Amsterdam: Editions Rodopi; 1997, p. 10-11.

por ejemplo la reforma socialista de la educación de 1934; la promulgación del Código Sanitario de 1934 en el que se estableció la trascendencia de la medicina social y la procuración de la salud de los trabajadores urbanos y rurales, además de implantarse el servicio médico social obligatorio para los pasantes de la carrera de medicina en 1935³¹. Es pertinente agregar que, en 1936 se inauguró el Instituto Politécnico Nacional (IPN)³², una institución que privilegió la educación técnica y la formación de profesionistas procedentes de los sectores populares, y la que en 1938 comenzó a formar a médicos rurales bajo las orientaciones de la medicina social. Lo anterior contribuyó a que se reiterara que era vital formar a médicos con un elevado sentido de responsabilidad y de compromiso social para que éstos ejercieran en el ámbito rural y en las ciudades, y a que se delimitara un perfil profesional ideal de los médicos para trabajadores; uno en el que algunos de los postulados de la medicina social, en particular los que subrayaban que, para restaurar, fomentar y garantizar la salud de los trabajadores, era necesario atender y mejorar sus condiciones económicas y sociales³³.

3. Médicos para trabajadores: formación, anhelos y expectativas

Al mediar la década de 1930, cuando la reglamentación de la salud e higiene industrial estaba en proceso de formalización, se publicó en la ciudad de México el libro: *El problema social de la insalubridad*. Su autor, José Ángel Cenicerros, aseveró que «las clases trabajadoras, después de estar durante varias horas en fábricas y talleres mal ventilados, tienen que recluirse en su hogar que con frecuencia adolece, todavía en mayor escala, de falta de salubridad»³⁴. Además, agregó, la escasa alimentación, la falta de vestido, las habitaciones reducidas e insalubres y la ausencia de servicios sanitarios en numerosas zonas de la ciudad, obraban en contra de la salud y el bienestar de las clases trabajadoras. Por otra parte, Cenicerros destacó que, si bien la

31. Agostoni, Claudia. Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México, 1870-1952. México: Instituto de Investigaciones Históricas/Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora; 2016, p. 137-168.

32. Carrillo, n. 8, p. 145-178.

33. Weis, Eduardo y Enrique Bernal. Un diálogo con la historia de la educación técnica mexicana. Perfiles Educativos. 2013; 35 (139): 153.

34. Cenicerros, José Ángel. El problema social de la insalubridad. México: Ediciones Botas; 1935: p. 167.

fracción XII del artículo 123 de la Constitución de 1917 y la Ley Federal del Trabajo de 1931 habían consignado el derecho a la salud de los trabajadores, lo anterior proseguía siendo una aspiración, y estableció que la «higiene del trabajo, es una de las ventanas por las que mejor puede mirarse el problema social de México»³⁵. Por tanto, si bien la reglamentación expedida en 1931 y 1934 subrayó la importancia que revestía inspeccionar cuerpos, espacios, maquinarias, ambientes y rutinas, identificar y eliminar riesgos y vulnerabilidades, y prevenir accidentes y contagios, labores que se esperaba realizaran los médicos del trabajo, el país carecía de esos especialistas.

En 1930, y de acuerdo con el Departamento de Salubridad Pública (DSP), la máxima autoridad sanitaria entre 1917 y 1943, se había tenido el registro de 4.225 médicos alópatas y 295 homeópatas a nivel nacional. Lo anterior equivalía a 4.520 médicos con un título legal para una población que superaba los 16.5 millones de habitantes. Y si bien la ciudad de México concentraba al mayor número de personas, 1.299.576 aproximadamente y de médicos (2.092 alópatas y 267 homeópatas)³⁶, la especialidad de medicina del trabajo era un proyecto en ciernes. Por ello, algunos profesionales de la medicina, en particular Alfonso Pruneda (1879-1947)³⁷, reiteraron a lo largo de esa década que era esencial formar a médicos para el trabajo, los que se esperaba que desempeñarían sus labores como higienistas, y que trabajarían en estrecha colaboración con ingenieros e inspectores sanitarios y con enfermeras visitadoras. Además, y en consideración de Pruneda, solamente la medicina social contribuiría a imbuir a los médicos para trabajadores con el «sentimiento de contribuir, en su esfera de acción, al mejoramiento colectivo»³⁸.

Además, en diferentes escritos, discursos y entrevistas, Pruneda estableció que, para garantizar la salud, el bienestar y la productividad de las clases trabajadoras, no solo era necesario imponer orden y disciplina al interior de los espacios laborales, controlar o contener vicios, o modificar conductas

35. Ceniceros, n. 34, p. 167.

36. Cifras tomadas de Miguel Othón de Mendizábal, *Distribución geográfica de los médicos en la República Mexicana*. En: *Obras Completas de Miguel Othón de Mendizábal*. Vol. VI. México: Carmen H. Vda. de Mendizábal; 1947, p. 536.

37. Sobre Pruneda, ver: Agostoni, Claudia. Alfonso Pruneda (1879-1957). En: Ludlow, Leonor, coord. *200 emprendedores mexicanos. La construcción de una nación*. México: LID Editorial Mexicana; 2010, p. 585-589. Bustamante, Miguel, E. *Cinco personajes de la salud en México*. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 1986, p. 131-154.

38. Pruneda, Alfonso. *Higiene de los trabajadores*. México: Ediciones de la Universidad Nacional de México; 1937, p. 3.

calificadas como antihigiénicas. También era central que los médicos que laboraran en fábricas y talleres identificaran los riesgos y examinaran las condiciones de vida de los trabajadores. Sólo así, consideraba, sería posible detectar y prevenir contagios; evitar accidentes, intoxicaciones y todo género de enfermedades³⁹.

En 1933 Pruneda propuso crear la cátedra de medicina social en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, especificando que era indispensable distanciar a la medicina social del sentido con el que se le «reducía» al estudio de «las enfermedades venéreas, de la tuberculosis y del alcoholismo». Por ello planteó que en esa cátedra se tendrían que analizar «los problemas médicos que tienen explicación o repercusión social, o, por el contrario, los problemas sociales que también tienen repercusión médica»⁴⁰. Un año después, al establecerse esa cátedra, adoptó la modalidad de conferencias de asistencia libre para médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y trabajadoras sociales, en las que se reiteró que la atención que proporcionarían los médicos para trabajadores tendría que privilegiar la prevención, calificada como «labor social» y cuyo impacto sería incuestionable entre la colectividad⁴¹.

Dos años después, en 1936, Pruneda inauguró el Departamento de Acción Social de la Universidad Nacional con la finalidad de organizar diferentes servicios para proporcionar atención médica y educación higiénica a los habitantes de las colonias Santa Julia, Peralvillo, El Rastro, Tepito, La Bolsa, Hidalgo y Tacubaya, ubicadas en algunas de las zonas más marginadas de la capital y habitadas mayoritariamente por trabajadores urbanos y sus familias. Así, se conformaron brigadas de médicos y odontólogos, al igual que Centros de Difusión Cultural para Trabajadores provistos de consultorios médicos y dentales gratuitos⁴². Ese género de servicios, estableció Pruneda, eran centrales para prevenir las enfermedades derivadas del esfuerzo constante del hombre en el taller y en la fábrica, por lo que era central buscar generalizarles para que formaran parte de la vida cotidiana del mayor número de personas⁴³.

39. Pruneda, n. 38, p. 3-6.

40. Pruneda, Alfonso. La cátedra de medicina social en la facultad de medicina. *Gaceta Médica de México*. 1945; 75: 380.

41. Pruneda, n. 40, p. 380-381.

42. Pruneda, Alfonso. Importancia de la higiene y de la medicina del trabajo: el médico al servicio de los obreros. *Universidad. Revista Mensual de Cultura Popular*. 1937; 3 (15): 4-5.

43. Pruneda, n. 38, p. 5.

Fue también en 1936 cuando la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional inauguró la cátedra de higiene y medicina del trabajo para formar a los primeros expertos en los «variados y complejos problemas de la higiene y medicina del trabajo»⁴⁴. Lo anterior, se esperaba, permitiría cumplir con lo establecido en la legislación expedida en 1931 y 1934, y garantizar que esos especialistas pudieran diagnosticar, identificar y distinguir las causas de enfermedades, lesiones e intoxicaciones prontamente, y proponer terapéuticas específicas y programas de rehabilitación eficaces⁴⁵. Lo anterior implicó que lo que se anhelaba era que los médicos de fábrica realizaran labores «preventivas, médicas, educativas, sociales, legales y de investigación»⁴⁶, estableciéndose paralelismos entre la medicina del trabajo y algunos de los postulados de la medicina social que circularon a nivel internacional durante el periodo de entreguerras⁴⁷. Es decir, si bien la medicina social careció de un significado inequívoco, dos elementos le distinguieron durante la década de 1930. Por una parte, la reiteración de que le correspondería atender y tomar en consideración los factores políticos, económicos y sociales para comprender y solucionar los problemas de salud a los que se enfrentaban las poblaciones urbanas y rurales. Por otra parte, impulsó el cuestionamiento del ejercicio de la medicina bajo el modelo liberal, lo que a su vez incidió a que se destacara que la práctica médica requería encauzarse en beneficio de las necesidades, bienestar y salud de la colectividad⁴⁸. En México, lo anterior se expresó con claridad en 1935, durante el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural, cuando se asentó que «el ejercicio actual de las profesiones, bajo la base del sistema liberal, es impropia y no puede dar a las masas proletarias el servicio médico e higiénico que necesitan y por lo tanto, propugnará por la socialización del ejercicio de la medicina»⁴⁹. Además, es relevante agregar que a lo largo de esa década, otros médicos, como

44. Pruneda, n. 38.

45. Pruneda, n. 38.

46. Pruneda, n. 38, p. 64.

47. Carter, Eric D. Social medicine and international expert networks in Latin America, 1930-1945. *Global Public Health*. [artículo en Internet] 2018 [citado 14 Sep 2018]; 1-12. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/17441692.2017.1418902>.

48. Borowy, Iris. *Coming to terms with world health: The league of nations health organisation 1921-1946*. Frankfurt am Main: Peter Lang; 2009; Weindling, Paul. *The league of nations health organisation and the rise of Latin American participation, 1920-40*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2006; 13 (3): 1-14.

49. Oikión Solano, Verónica. Presentación: primer congreso nacional de higiene rural celebrado en Morelia, del 3 al 12 de noviembre de 1935. *Relaciones*. 1993; 53: 297.

por ejemplo Miguel E. Bustamante y Enrique Arreguín, reiteraron que los profesionales de la medicina requerían salir de sus clínicas y consultorios privados, y contribuir a solucionar las insalubres y peligrosas condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores rurales y urbanos⁵⁰.

Los paralelismos trazados entre algunos de los postulados de la medicina social y la práctica de la medicina del trabajo llevaron a que se procurara informar al mayor número posible de personas de la «interdependencia de los problemas higiénicos y de los problemas sociales»⁵¹, y de la relevancia que revestiría formar a médicos para trabajadores. Por ello, entre julio y septiembre de 1936, Pruneda y el doctor Ubaldo Roldán dictaron una serie de pláticas radiofónicas en la Estación X.E.F.O de la ciudad de México en las que abordaron múltiples temáticas: las reformas legislativas, institucionales y laborales que buscaban regular las complejas dinámicas entre trabajo y salud, y la necesidad de que los trabajadores supieran a qué riesgos y enfermedades profesionales se podrían enfrentar en los espacios laborales. También se destacó que los trabajadores requerían comprender e interiorizar el valor de la salud, y se les instó a que no apelaran a «la buena suerte» cuando gozara de salud, y a que cesaran de pensar que las enfermedades, lesiones y accidentes en el interior de los espacios laborales eran resultado de la fatalidad o del destino⁵².

Las correspondencias y los paralelismos entre la medicina del trabajo y la medicina social enunciados en cátedras, libros, revistas, la prensa y en la radio se registraron durante los mismos años en los que se promulgaron la LFT (1931) y los reglamentos (1934), y coincidieron con el inicio del programa de servicio médico social para los pasantes de la carrera de medicina en 1935. Además, fue durante ese periodo cuando se celebraron en la ciudad de México la Campaña Nacional Preventiva de Riesgos Profesionales (1937), la Gran Semana Nacional de la Higiene (17-23 octubre 1937), la Semana de Higiene del Obrero (31 julio-6 agosto 1937), así como en Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo en febrero de 1937, organizado por el Departamento del Trabajo y el DSP⁵³. Durante sus sesiones, los médicos, funcionarios públicos, trabajadores y representantes sindicales participantes,

50. Agostoni, n. 31, p. 148-153.

51. Pruneda, n. 29, p. 125.

52. Pruneda, n. 38, p. 12.

53. Convocatoria al primer congreso de higiene y medicina del trabajo. Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. 1935; 2 (10): 56-64.

reflexionaron en torno a la silicosis; en lo referente a la necesidad de integrar estadísticas de accidentes de trabajo; sobre la importancia que tendría crear un organismo nacional preventivo de riesgos de trabajo y, en lo tocante a la reeducación funcional y ocupacional de los trabajadores. También sobresalió en las discusiones el significado o posibles significados de la medicina social. Al respecto, el médico José Ibarra González estableció que en México no se tenía conocimiento, idea exacta o aproximada de lo que era o significaba la medicina social, pero acotó que, al margen de un significado preciso, era indispensable reconocer que las grandes masas de trabajadores «se encuentran desamparadas en lo que a sanidad se refiere»⁵⁴. Argumentó que, era necesario dejar atrás los temores compartidos entre médicos, farmacéuticos y odontólogos referentes a la «proletarización intensa de los médicos», agregando que la «clase médica» requería reconocer que la Ley Federal del Trabajo y la higiene y salubridad de los espacios laborales requerían acompañarse de la creación de juntas de fomento de habitaciones baratas e higiénicas para obreros y jornaleros del campo si lo que se deseaba era que el país contara trabajadores saludables⁵⁵. Es pertinente subrayar que también fue en 1937 cuando Alfonso Pruneda argumentó que, correspondería a los médicos industriales reconocer que sus labores tendrían una fuerte impronta social, sobre todo debido a que a ellos correspondería indagar y conocer cuáles eran las condiciones económicas, sociales y familiares de los trabajadores, y dado que sólo tomando en consideración esa información sería posible identificar las necesidades médico-sociales de las clases trabajadoras⁵⁶.

Las ideas, propuestas y postulados antes mencionados, a partir de los que se trazaron paralelismos entre la medicina social y la medicina del trabajo, fueron adoptando otras acepciones al iniciar la implementación de un sistema de seguridad social obligatorio durante los primeros años de la década de los 1940, y sobre todo, al ocupar un lugar central el ámbito hospitalario estatal en los servicios médicos para los trabajadores a partir de los años finales de ese decenio y la década siguiente. Por ende, si bien se continuó aludiendo a la medicina social, la polifonía del término fue otra, lo que se explorará a continuación.

54. Ibarra González, José. Contribución al estudio del mejoramiento social mexicano. Primer congreso nacional de higiene y medicina del trabajo. México: s/e; 1937, p. 5.

55. Ibarra González, n. 54, p. 9-10.

56. Pruneda, n. 38, p. 66.

4. De la medicina del trabajo al ámbito hospitalario

A partir de la década de 1940 la enunciación de que los médicos para trabajadores requerirían abordar los problemas del mundo laboral desde una perspectiva amplia y plural, en la que tomaran en consideración las condiciones económicas, sociales y laborales de la misma manera en la que prestaban atención a los datos clínicos, fue perdiendo vigor. El 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, sentándose las bases de un sistema de bienestar social excluyente al únicamente beneficiar a los trabajadores asalariados del sector económico formal⁵⁷. Es decir, únicamente los trabajadores asalariados y vinculados a los sindicatos y organizaciones de trabajadores pertenecientes al Partido de la Revolución Mexicana (PRM, 1938-1946) previamente inscritos por sus patrones al régimen de seguridad social⁵⁸, podrían acceder a los servicios médicos en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y no profesionales, maternidad, invalidez, vejez o muerte y cesantía involuntaria en edad avanzada⁵⁹. Además, la ley determinó que correspondería al IMSS organizar y proveer servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios para los trabajadores.

La prestación de servicios médicos para los poco más de 100.000 trabajadores que fueron inscritos en la ciudad de México inició el 1 de enero de 1944⁶⁰, contemplo otorgar los siguientes beneficios: prescripciones, inyecciones, curaciones generales, visitas a domicilio, servicio dental, exámenes y análisis de laboratorio, exámenes médicos de admisión y periódicos, exploraciones radiológicas, tratamiento de fisioterapia, accidentes y enfermedades profesionales atendidos por primera vez, consultas pre y postnatales, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, partos y servicios oftalmológicos. Para cumplir con lo anterior, el Consejo Técnico del IMSS se abocó a la tarea de seleccionar al personal médico y paramédico, privilegiándose los siguientes criterios para las contrataciones: la capacidad técnica y la experiencia profesional, los antecedentes de estudio y de trabajo,

57. Instituto Mexicano del Seguro Social. México y la seguridad social: Ley originaria del seguro social, su operación y reformas. T. 2, Vol. 1. México: Editorial Stylo; 1952, p. 126-127.

58. Pozas Horcasitas, Ricardo. El desarrollo de la seguridad social en México. *Revista Mexicana de Sociología*. 1992; 54 (4): 27-63.

59. Instituto Mexicano del Seguro Social. México y la seguridad social: Ley originaria del seguro social, su operación y reformas. Vol. 1. México: Editorial Stylo; 1952, p. 126-127.

60. Pozas Horcasitas, n. 58, p. 36.

la publicación de trabajos técnicos, la pertenencia a sociedades científicas y las distinciones obtenidas⁶¹.

Lo anterior implicó que el personal médico y paramédico que laboraría en el IMSS tendría que comprobar su formación profesional, capacidad técnica y experiencia profesional, elementos que habían motivado amplios comentarios y deliberaciones entre el 26 y el 31 de julio de 1943 durante las sesiones del Segundo Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo de la ciudad de México. Es decir, cinco meses antes de inicio de la prestación de los primeros servicios médicos para los trabajadores inscritos al régimen de seguridad social, en ese congreso se destacó que los médicos industriales tendrían que recurrir a diferentes tecnologías diagnósticas para realizar sus labores, como por ejemplo a exploraciones radiológicas para diagnosticar tuberculosis y a la aplicación de pruebas de sensibilización y alérgenos para diagnosticar dermatosis profesionales. También se asentó que requerirían tener acceso a laboratorios para realizar pruebas de sangre y de orina, dado que solamente de esa manera sería posible realizar diagnósticos precisos de enfermedades e intoxicaciones⁶². Asimismo, se destacó que sería imposible diagnosticar múltiples enfermedades basándose únicamente en las historias clínicas, por lo que se subrayó que era necesario establecer en la ciudad de México un Laboratorio de Toxicología Industrial, un Departamento de Control de Riesgos Profesionales, un Centro de Traumatología y un Instituto de Estudio y Prevención de Enfermedades Profesionales⁶³.

Es relevante agregar que durante ese congreso hubo otras opiniones, como en el caso del médico Enrique E. Meyer, quien argumentó que era impostergable dejar de «cubrir las apariencias» con cursos de enfermedades profesionales y de higiene del trabajo, y quien recalcó que no era posible «improvisar» a profesionistas especializados en medicina del trabajo:

«Crear un cuerpo médico que entienda y se dedique de forma exclusiva de los problemas que afectan a la industria desde el punto de vista de la fisiología, la patología, la higiene, la terapéutica y hasta la psicología del trabajo, es una necesidad tanto más imperiosa, cuando ya tenemos una nueva institución la de Seguros Sociales, que necesita con urgencia de médicos capacitados para

61. Excelente cuerpo médico selecciona el Instituto para el Seguro Social. *El Popular*. 12 Ene. 1944: 2.

62. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Conclusiones y recomendaciones aprobadas por el II congreso nacional de higiene y medicina del trabajo, celebrado en la ciudad de México, D.F., durante los días del 26 al 31 de julio de 1943. México: 1943; p. 3, 6, 21.

63. Secretaría, n. 62, p. 7.

su correcto funcionamiento. Este funcionamiento no se limita a la simple prestación de servicios»⁶⁴.

Sin embargo, el inicio de la prestación de servicios médicos para los primeros trabajadores afiliados al IMSS se realizó con numerosas limitaciones y carencias. No sólo no había especialistas en medicina del trabajo, sino que además el IMSS tuvo que rentar casas, edificios mal acondicionados, equipo e instrumental, y contratar a médicos recién egresados. La falta de espacios adecuados para la atención de los trabajadores llevó a que en ocasiones los médicos tuvieran que llevar a los enfermos a sus consultorios privados en coches de alquiler. Además, por momentos los medicamentos suministrados a los pacientes eran las muestras que diferentes casas distribuidoras proporcionaban a los galenos⁶⁵. Frente a lo anterior, algunos periódicos de amplio tiraje y circulación en la capital, entre éstos *El Universal*, *El Universal Gráfico*, *Excélsior* y *Novedades*, calificaron al IMSS como «El Inseguro», argumentando que esa institución era incapaz de «asegurarse a sí misma»⁶⁶.

Fue también al comenzar la prestación de servicios médicos por parte del IMSS cuando se celebró en la ciudad de México el Primer Instituto Regional Interamericano de Administración y Organización de Hospitales, convocado por la Asociación Interamericana de Hospitales bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana⁶⁷. Del 17 al 29 de enero de 1944, médicos, arquitectos y funcionarios de diferentes países de las Américas abordaron los problemas que revestía la ausencia de un personal médico y paramédico apto y en número suficiente, y sobre todo, la escasez de modernos hospitales en la región. Entre los participantes estuvieron George C. Dunham, coordinador auxiliar de la Oficina del Coordinador de Asuntos Inter Americanos, Hugh S. Cumming, director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y los directores de hospitales de Estados Unidos de América y de México. Dos temas centrales abordados fueron: delimitar los parámetros para la coordinación, instrucción y actualización del personal médico y paramédico que laboraría

64. Meyer, Enrique E. El médico industrial. Segundo congreso nacional de higiene y medicina del trabajo. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 1943; 8.

65. Vida, pensamiento y obra de Ignacio García Téllez. Trayectoria política y pensamiento. t. II. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1970, p. 150-151.

66. Vida, n. 65, p. 169. Barajas Martínez, Gabriela. Políticas de bienestar social del estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958. Política y Cultura. 2010; 33: 61-82.

67. De enorme utilidad va a ser el Congreso de Administración y Organización de Hospitales. El Popular. 17 Ene 1944; 1.

en distintos hospitales, y la normatividad, organización, funcionamiento y administración hospitalaria.

Esa reunión, la primera de su género celebrada en México, fue vital para fortalecer el Plan o Programa de Construcción Nacional de Hospitales impulsado a partir de 1940 por la Secretaría de la Asistencia Pública (SAP). Es pertinente destacar que el plan hospitalario se convirtió en uno de los pilares de las labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), establecida en 1943 al fusionarse la de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública⁶⁸. Además, la construcción y el funcionamiento racional y eficaz del ámbito hospitalario, se consideró que sería central para poder ampliar y proporcionar servicios médicos de calidad a los trabajadores asalariados y afiliados al IMSS.

El programa nacional de construcción de hospitales tuvo como propósito erigir una moderna red hospitalaria en diferentes ciudades y puertos del país, estableciéndose que todo hospital requeriría poseer salas de operaciones, laboratorios, numerosas camas, aparatos diagnósticos e instrumental quirúrgico, médicos especializados, enfermeras y trabajadoras sociales, administradores y personal de intendencia para atender al mayor número posible de pacientes. Es pertinente agregar que entre los primeros hospitales concluidos bajo los lineamientos del programa de hospitales en la ciudad de México destacaron el Hospital Infantil con 600 camas (1944), el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital para Enfermos Crónicos de Tepexpan con 750 camas (1945), y el de Enfermedades de la Nutrición (1946), entre otros. Además, y en palabras de Gustavo Baz Prada, primer secretario de la SSA e impulsor del proyecto hospitales, en los modernos hospitales el personal médico y paramédico demostraría «todas las posibilidades que existen [para] el esfuerzo colectivo»⁶⁹, fortalecerían a la medicina del trabajo en nuevos espacios, recurrirían a tecnologías diagnósticas y realizarían tratamientos tempranos y eficaces. Lo anterior alude a la centralidad que fue adquiriendo el ámbito hospitalario público durante el proceso de consolidación y ampliación del sistema de seguridad social, así como a la importancia que tendría prestar servicios médicos, quirúrgicos, dietéticos y profesionales en manos de un personal organizado y jerarquizado en el ámbito hospitalario.

68. Baz Prada, Gustavo. El plan hospitalario del gobierno de México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1943; Nov: 981-986; Baz Prada, Gustavo. Programa de hospitales, 1940-1946. Gaceta Médica de México. 1947; 296-308.

69. Baz Prada, n. 68, 1947, p. 300.

A su vez lo anterior apunta hacia la pérdida de vigor de los paralelismos y correspondencias que habían sido establecidas entre las labores a realizar por los médicos para trabajadores y algunos de los postulados de la medicina social. Por tanto, no correspondería más a los médicos para trabajadores realizar estudios cuidadosos de las condiciones de vida y de trabajo de las clases trabajadoras. Esas tareas recaerían en trabajadoras sociales, enfermeras visitadoras y enfermeras sanitarias. Además, no sería de la incumbencia de los médicos de fábrica contribuir con sus labores a impulsar transformaciones educativas, económicas y sociales entre los trabajadores asalariados⁷⁰. Por tanto, se puede aventurar que, la paulatina consolidación del ámbito hospitalario como pilar de los servicios médicos para los trabajadores formales adscritos al régimen de seguridad social, modificó los paralelismos previamente trazados entre la medicina del trabajo y la medicina social. Con ello, la posibilidad de que correspondiera a los médicos para trabajadores valorar, comprender y procurar solucionar de manera integral y sustentada en lo social el estado de salud de los trabajadores perdió vigor, ocupando un lugar central el ámbito hospitalario en el que la pronta recuperación del enfermo o accidentado posibilitaría su reintegración al ámbito laboral.

5. Consideraciones finales

Las ideas, propuestas y postulados mediante los que se establecieron una serie de paralelismos entre la medicina social y la medicina del trabajo, y por lo que se llegó a proponer que correspondería a los médicos para trabajadores tomar en consideración las condiciones económicas, sociales, familiares y laborales de los trabajadores urbanos al atender y asistirles en ciudad de México durante el transcurso de la década de los 1930, formaron parte de la creciente importancia que cobró la medicina laboral a nivel internacional durante el periodo de entreguerras. Por ello, la posibilidad de que los médicos de fábrica durante su práctica cotidiana conjugaran su formación experta con el análisis de las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores, alentaron a que se propusiera la formación de médicos para trabajadores con un elevado sentido de compromiso y responsabilidad

70. Lorenzo, María Dolores. Las trabajadoras sociales en la década de 1930. Asistir a los pobres y servir al Estado. *Historia Mexicana*. 2018; 68: 713-746.

social. Lo anterior tuvo lugar precisamente durante un momento en el que la reglamentación de las condiciones higiénicas y sanitarias de los espacios laborales, y cuando el derecho a la salud de los trabajadores, quedaron consignados en la ley federal del trabajo (1931) y en sus reglamentos (1934), al igual que al comenzar la formación en especialistas en medicina del trabajo. Sin embargo, al iniciar la década de los 1940 e instituirse el régimen de seguridad social para determinados sectores de la población trabajadora, la visión integral con la que se pensó que sería posible atender y asistir a los trabajadores asalariados cambió. La medicina laboral paulatinamente se integró al ámbito hospitalario, lo que a su vez llevó a que se reafirmara la centralidad que revestiría el empleo de recursos diagnósticos y terapéuticos sustentados en tecnologías y procedimientos sin correlación alguna con lo social. En suma, la paulatina consolidación y ampliación de una moderada red hospitalaria, uno de los sustentos clave del régimen de seguridad social, incidió en que los paralelismos y las correspondencias enunciados entre la medicina del trabajo y la medicina social reiterados por distintos médicos, entre éstos Alfonso Pruneda, adoptaron otras acepciones en los programas implementados para enfrentar y atender los problemas de salud de los trabajadores. ■