



Historia mexicana

ISSN: 0185-0172

ISSN: 2448-6531

El Colegio de México A.C., Centro de Estudios Históricos

Hidalgo, Sara

Entre promesas y realidades: la fragmentación de la atención
hospitalaria en México y el Centro Médico Nacional, 1940-19731

Historia mexicana, vol. LXXIV, núm. 2, 2024, Octubre-Diciembre, pp. 655-699

El Colegio de México A.C., Centro de Estudios Históricos

DOI: <https://doi.org/10.24201/hm.v74i2.4829>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60078871004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ENTRE PROMESAS Y REALIDADES: LA FRAGMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN MÉXICO Y EL CENTRO MÉDICO NACIONAL, 1940-1973¹

Sara Hidalgo

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Desde su inauguración en 1963, el Centro Médico Nacional (CMN) se volvió un símbolo de la grandeza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que justamente por esos años pasaba por un periodo de consolidación y crecimiento importante. Durante la década de los sesenta, el IMSS no solamente expandió su cobertura a un ritmo sin precedentes, sino también las prestaciones que otorgaba a sus beneficiarios, que llegaron a incluir, además de pensiones y atención médica, acceso a vivienda social y a centros deportivos, culturales y vacacionales en varios lugares del país. La inauguración del CMN se inserta en esta época de oro del Instituto, que las autoridades posrevolucionarias

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2022

Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2022

¹ La autora desea expresar su agradecimiento a las personas que leyeron y comentaron diferentes versiones de este trabajo: en particular a Claudia Agostoni, María Rosa Gudiño Cejudo y Jessica Mack por su lectura meticulosa y sus atinados comentarios; a los y las participantes del Seminario Permanente de Historia Social y Cultural de la Salud y la Enfermedad en México y del Seminario Divisional de Historia del CIDE, donde presenté esta investigación, y a los dos dictaminadores anónimos por su valiosa retroalimentación.

presentaban como la culminación de las demandas de justicia social emanadas de la Revolución. Prueba de ello era la alta calidad de la construcción, cuyos edificios fueron decorados con una serie de murales, relieves y esculturas que ratificaban esta grandeza, narrando la historia de un avance progresivo de las ciencias médicas y de la sociedad mexicana bajo los auspicios de un gobierno revolucionario y benefactor.²

Pero si bien es cierto que la inauguración del CMN del IMSS simbolizó una época dorada para la seguridad social, también representó el ocaso de otro proyecto del que se habla menos, no sólo desde el discurso oficial, sino también desde la historiografía: el del compromiso de la Secretaría de Asistencia Pública (SAP) con la provisión de atención médica de calidad para las mayorías del país. La SAP había sido creada por el presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940) con el objetivo de velar por el bienestar de la población mexicana por medio de una serie de establecimientos de asistencia médica y social que incluían internados, casas cuna, sanatorios y hospitales. Hacia principios de la década de los cuarenta, sin embargo, era evidente que la capacidad e infraestructura médica de la SAP eran del todo insuficientes para cumplir con su misión. Para atender esta situación, las autoridades sanitarias y asistenciales se embarcaron en un proyecto de expansión y modernización hospitalaria que tendría como espina dorsal al Centro Médico Nacional, un ambicioso complejo compuesto por más de una docena de hospitales de alta especialidad –de los cuales había aún muy pocos en el país– que triplicarían la capacidad de atención hospitalaria de esa Secretaría.

Este artículo analiza el auge y declive de este proyecto. Para principios de la década de los sesenta, una serie de recortes

² Sobre la integración de la obra plástica en la arquitectura del CMN y otras construcciones del IMSS, véase ORTIZ OROZCO, “Un arte para la seguridad social”, pp. 78-90; DÁVILA JIMÉNEZ, “Los relieves”.

presupuestales habían mermado las capacidades de asistencia hospitalaria de los servicios de asistencia médica (ahora bajo la Secretaría de Salubridad y Asistencia, o SSA), que no logró terminar la construcción y habilitar su Centro Médico. En 1961, por decreto presidencial, una SSA urgida de recursos terminó vendiendo el complejo por 400 millones de pesos a un IMSS en expansión. Como argumentaré más adelante, este episodio muestra la manera en la que el panorama de atención médica en el país cambió durante este periodo, particularmente después de la creación del IMSS por medio de la Ley del Seguro Social de 1943, y de su florecimiento hacia fines de los años cincuenta.

En contraste con la SAP, que nació con la promesa de expandir sus beneficios –al menos en teoría– a toda la población del país, el IMSS era responsable de asistir a los trabajadores y sus familiares con una serie de prestaciones que incluían pensiones de varios tipos, además de servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios. Aunque su cobertura inicial fue bastante modesta, llegando apenas a 150 000 trabajadores, su establecimiento introdujo una fragmentación de la atención médica y hospitalaria del Estado mexicano, que desde entonces quedó dividido en dos grandes sistemas que siguen siendo el pilar de la provisión de salud pública en el país: la seguridad social para trabajadores del sector formal, y la Secretaría de Asistencia Pública (después SSA y, desde los ochenta, Secretaría de Salud) para la población sin acceso a ella.³ Vale la pena enfatizar que, debido a que el Instituto nunca logró expandir sus beneficios a todos los sectores

³ Además del IMSS, algunos grupos de trabajadores, como el Ejército, la Marina, los trabajadores de Petróleos Mexicanos y los ferrocarrileros, tenían sus propios sistemas de seguridad social. A partir de 1960, con la creación del Instituto de Servicios y Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), los trabajadores del Estado también obtuvieron protección de seguridad social. Sin embargo, estos sistemas no sólo cubrían a un porcentaje de la población mucho menor que el IMSS, sino que no tenían en su propio diseño el objetivo de volverse universales. Sobre la creación del ISSSTE, véase DION, *Workers and Welfare*, pp. 89-97.

económicos, como las autoridades esperaban en un inicio, este último grupo incluyó no solamente a la población económicamente inactiva, sino también a los muchos trabajadores informales cuyas relaciones laborales y contractuales no estaban reconocidas por el Estado.⁴

Aunque el IMSS y la SSA debían prestar servicios equivalentes en términos de asistencia médica, las desigualdades entre ambos sistemas fueron claras desde un inicio. En realidad, ambas instituciones partían de una noción muy distinta de los derechos de ciudadanía de sus beneficiarios y de la responsabilidad del Estado frente a ellos.⁵ Por un lado, y a pesar de las reformas a las que se sometieron, los establecimientos asistenciales de la SSA continuaron cargando con el legado de la tradicional caridad cristiana que, como veremos, dio origen a muchos de ellos, operando bajo la lógica de que aquellas personas impedidas para trabajar –como los ancianos, enfermos crónicos y madres abandonadas– eran más meritorias de sus servicios que aquellos físicamente sanos y capaces. La promesa de que eventualmente todos los trabajadores y sus familiares accederían a los servicios médicos públicos por medio del IMSS no hizo sino acentuar la limitada noción de merecimiento que subyacía a los servicios asistenciales de la SSA.⁶ En cambio, la seguridad social era un derecho adquirido por los trabajadores; un derecho que ellos mismos pagaban (junto con sus patrones y el Estado) por medio de contribuciones automáticas al salario, y que por lo mismo podían exigir por

⁴ Sobre programas sociales, informalidad y desigualdad hasta la actualidad, véase LEVY, *Good Intentions, Bad Outcomes*.

⁵ Al hacer estas distinciones entre ambas instituciones retomo, por un lado, las discusiones alrededor de bienestar y ciudadanía introducidas por T. S. Marshall y, por el otro, las discusiones alrededor de las desigualdades en la distribución de los cuidados en la sociedad desarrolladas por Joan Tronto. Véase MARSHALL, *Citizenship and Social Class*; TRONTO, *¿Riesgo o cuidado?*

⁶ Sobre los orígenes de esta noción de merecimiento, véase ARROM, *Containing the Poor*. Para su continuidad durante el siglo XX, véase SANDERS, *Gender and Welfare*.

mecanismos legales si era necesario.⁷ Además, los representantes obreros y patronales participaban en los órganos de gobernanza del Instituto, abriendo así un canal para ejercer presión para el mejoramiento y ampliación de sus beneficios.

Para las autoridades posrevolucionarias, el IMSS se volvió el ejemplo de un sistema de bienestar moderno por excelencia, que no sólo materializaba las promesas revolucionarias de justicia social sino que también encarnaba las expectativas de un país en proceso de modernización. Fue así que, a pesar de estar encargado de proveer atención a un menor número de individuos que la SSA, el IMSS no sólo contó con mayores recursos financieros y canales institucionales para hacer frente a sus responsabilidades, sino que también adquirió una centralidad política clave para el régimen posrevolucionario. Como concluyo en este artículo, la venta del CMN de la SSA al IMSS fue el resultado de estas desigualdades políticas, simbólicas y materiales, que no hicieron sino profundizarse después del traspaso de una institución a otra.

En las siguientes páginas, comenzaré revisando el proyecto de modernización hospitalaria de la SSA como parte de una reforma más amplia a la asistencia pública que inició en el periodo cardenista. Un segundo apartado ahondará en la forma en la que el CMN se insertaba en este proyecto, así como su parálisis hacia fines de esa misma década. Un tercer apartado se enfocará, en cambio, en el desarrollo del IMSS y la manera en la que la adquisición del CMN resolvía algunos de los problemas que su rápido crecimiento desde fines de la década de los cincuenta había suscitado. Finalmente, en una última sección revisaré el impacto que esta decisión tuvo en los servicios asistenciales ofrecidos por la SSA, la cual, con recursos cada vez más limitados, continuaba siendo responsable –al menos en teoría– de atender

⁷ Sobre la distinción entre “derechos” y “caridad” en los sistemas de bienestar en otras partes del mundo, véase GORDON, *Pitied but not Entitled*; GORDON, “Who Deserves Help?”; KESSLER-HARRIS, *In Pursuit of Equity*; ROSEMBLATT, “Charity, Rights, and Entitlement”

a la mayor parte de la población del país. De esta manera, este artículo se aleja de la narrativa oficial que hasta la fecha prevalece en las historias del IMSS, y que celebra la adquisición del CMN por parte del Instituto como un acontecimiento patriótico que confirmaba el compromiso del régimen posrevolucionario con los ideales de justicia social.⁸ Tomando la perspectiva no sólo del Seguro Social, sino también de la SSA, lo que sobresale es más bien una historia de creciente fragmentación en el acceso y la calidad de servicios de salud entre los beneficiarios de una y otra institución.

De algún modo, la fragmentación que prevalece hasta la fecha en nuestro sistema de provisión médica se ha traducido también en una fractura en la investigación histórica sobre el tema, que tiende a tratar al IMSS y a la SSA de forma independiente, cada una animada por preguntas muy distintas.⁹ En su mayoría, los estudios históricos del IMSS provienen de sociólogos políticos que buscan comprender el papel que el Instituto jugó en la consolidación del régimen posrevolucionario bajo el Partido Revolucionario Institucional (PRI), tratando de forma marginal el devenir de sus servicios médicos.¹⁰ En cambio, la historia de la SSA ha sido abordada por una serie de trabajos recientes enfocados en la trayectoria de las instituciones y campañas

⁸ Esta narrativa oficial se repitió una y otra vez en las publicaciones del IMSS, como puede verse en *Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943-1983; Los rostros del IMSS*. En general, existe poco trabajo histórico sobre el CMN, pero el poco que hay tiende a tomar la perspectiva de su significado para el IMSS. FAJARDO-ORTIZ, "Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional".

⁹ Una excepción notable es AGOSTONI, "Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México", donde la autora finalmente traza la forma en la que las preocupaciones alrededor de la salud de la clase obrera por parte de médicos cercanos a las instituciones de la SAP durante los años treinta se transformaron con la creación del IMSS en la década de los cuarenta.

¹⁰ Véase SPALDING, "Welfare Policymaking"; POZAS HORCASITAS, "El desarrollo de la seguridad social en México"; BRACHET DE MÁRQUEZ, *The Dynamics of Domination*; DION, *Workers and Welfare*; FARFÁN, *Los orígenes del seguro social en México*; GONZÁLEZ BLOCK, *El Seguro Social*.

sanitarias,¹¹ donde sin embargo el estudio de la asistencia médica y hospitalaria ha recibido menos atención.¹² En diálogo con estos dos campos historiográficos, y trascendiendo el enfoque en una institución en particular, este artículo busca comprender la forma en la que ambas instituciones interactuaron entre sí, así como el surgimiento de desigualdades perdurables entre ellas. Las vicisitudes del CMN entre las décadas de los cuarenta y los sesenta, y su paso de una institución a otra, nos ofrece una perspectiva privilegiada para estudiar este proceso.

LA REFORMA A LA ASISTENCIA PÚBLICA,
EL PROGRAMA DE HOSPITALES Y LA SECRETARÍA
DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

La idea de crear un Centro Médico Nacional surgió por parte del entonces secretario de la SSA, Gustavo Baz, en el marco de un agresivo programa de renovación hospitalaria que tuvo lugar en México en los primeros años de la década de 1940. El objetivo era poner a los establecimientos hospitalarios al día con una serie de transformaciones importantes que, entre finales del XIX y principios del siglo XX, habían cambiado al hospital como institución a nivel global. Hasta finales del siglo XIX, como el historiador Charles Rosenberg ha estudiado para Estados Unidos, la línea entre el hospital y otros espacios de asistencia social, como los hospicios y asilos, era difusa; como estos establecimientos, el hospital se caracterizó hasta entonces más por “la necesidad y la

¹¹ Véase por ejemplo AGOSTONI, *Médicos, campañas y vacunas*; ARÉCHIGA CÓRDOBA, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’”; BIRN, *Marriage of Convenience*; GUDIÑO CEJUDO, *Educación higiénica*; AGOSTONI, “Las mensajeras de la salud”; BAKER OPPERMAN, “Bienestar Social Rural”; CARRILLO, “Salud pública durante el cardenismo”; CUETO, *Cold War, Deadly Fevers*.

¹² Para la historia de la asistencia médica en el ámbito hospitalario, véase AGOSTONI, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria”; AGOSTONI, “Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México”; ALANÍS, “Más que curar, prevenir”.

dependencia” de sus usuarios que por su oferta de tratamientos diagnósticos y terapéuticos.¹³ Hacia fines del siglo XIX, sin embargo, el desarrollo de la teoría microbiana de la enfermedad, el surgimiento de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, y el ascenso de una profesión médica cada vez más poderosa fueron cambiando la faz y la función del hospital en la sociedad, que comenzó a transformarse –al menos en su versión ideal– en el establecimiento radicalmente distinto que conocemos hoy en día: una institución manejada por especialistas médicos, con una clara jerarquía y organización interna, y cuya función principal es la oferta de procedimientos terapéuticos y diagnósticos especializados.¹⁴ Un aspecto central de esta transformación fue la consolidación de una nueva arquitectura nosocomial que trajo cambios sustanciales en el diseño del espacio físico de los hospitales. Así, los hospitales fueron abandonando los viejos edificios que los albergaban y que poco se diferenciaban de otro tipo de inmuebles asistenciales, para habitar las grandes construcciones que conocemos hoy en día: con salas amplias e iluminadas, pabellones interconectados, y un mobiliario y equipo adecuado para su misión.

Como Claudia Agostoni ha señalado recientemente, este modelo de modernización hospitalaria se volvió el parámetro entre redes científicas transnacionales en las que la comunidad médica mexicana participaba activamente.¹⁵ Los esfuerzos de renovación hospitalaria comenzaron durante el porfiriato con la creación del Hospital General de México (HGM) en 1905. Diseñado por el médico Eduardo Liceaga y el ingeniero Ricardo Gayol, los edificios del HGM siguieron los estándares de la nueva

¹³ ROSENBERG, *The Care of Strangers*, p. 5.

¹⁴ ROSENBERG, *The Care of Strangers*. Sobre el ascenso de la profesión médica en Estados Unidos, véase también STARR, *The Social Transformation of American Medicine*.

¹⁵ AGOSTONI, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria”, pp. 35-61.

arquitectura nosocomial francesa, con una serie de pabellones equidistantes, cada uno con labores claramente diferenciadas, bien ventilados e iluminados, y espacios destinados a la investigación y enseñanza.¹⁶ Poco después, el Manicomio General La Castañeda, inaugurado en 1910, también se diseñó para proporcionar la más avanzada atención psiquiátrica a los casi 800 internos que podía albergar.¹⁷ Cuando estalló la Revolución, sin embargo, estos dos recintos eran más bien la excepción a la regla: la mayoría de los hospitales y sanatorios públicos seguían estando alojados en edificios que no habían sido diseñados con los estándares modernos de arquitectura nosocomial, y donde la línea entre asistencia médica y social que Rosenberg apunta continuó siendo difusa.

Además de estas deficiencias técnicas, los establecimientos de asistencia médica de la ciudad de México no tenían la capacidad para atender la enorme demanda de servicios por parte de la población. Después del descenso poblacional que caracterizó a la fase armada de la Revolución, la población total del país aumentó durante las décadas de los veinte y los treinta –pasando de poco más de 14 millones en 1920, a 19 653 000 en 1940– sin un aumento sustancial en la capacidad hospitalaria.¹⁸ Además, una alta proporción de la población había migrado a la ciudad, a veces expulsada por los efectos de la Gran Depresión sobre el campo mexicano, y otras atraída por una industria en expansión.¹⁹ El aumento de campesinos y trabajadores desempleados buscándose la vida en las ciudades implicó la saturación de los establecimientos asistenciales de la capital.²⁰ Esta situación se

¹⁶ AGOSTONI, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria”, pp. 35–61.

¹⁷ Sobre la historia de La Castañeda, véase RÍOS MOLINA, *La locura durante la Revolución mexicana*.

¹⁸ Véase GARZA, *La urbanización de México en el siglo XX*, cap. 2.

¹⁹ CÁRDENAS, *El largo curso de la economía mexicana*, p. 410.

²⁰ GONZÁLEZ NAVARRO, “Efectos sociales de la crisis de 1929”.

volvía aún más apremiante debido a que, como las autoridades sanitarias reconcieron en múltiples ocasiones, los hospitales y establecimientos capitalinos no atendían únicamente a la población del Distrito Federal, sino también a ciudadanos de todo el país que, ante la ausencia de servicios médicos especializados en los estados, muchas veces se embarcaban en verdaderas peregrinaciones hacia la capital en busca de atención médica para ellos o sus familiares.²¹ Buena parte de las “ayudas diversas” que sobreviven en el archivo de las instituciones asistenciales se usaban para pagar pasajes de vuelta a ciudadanos de otros estados –y frecuentemente sus familiares– que habían venido a la capital en busca de trabajo o tratamientos médicos.²²

Durante la década de 1930, y sobre todo durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, las autoridades asistenciales afrontaron estos problemas mediante dos estrategias. Por un lado, buscaron modernizar los establecimientos y ampliar su capacidad construyendo anexos; por el otro, trataron de asegurarse de que solo aquéllos que verdaderamente necesitaban los servicios hicieran uso de ellos por medio de la profesionalización de una red de “inspectoras sociales” que, siguiendo la técnica del trabajo social de casos, realizaban estudios socioeconómicos a los beneficiarios potenciales para asegurarse de que solamente los más necesitados usaran los servicios de la asistencia pública.²³ Estas reformas culminaron en la transformación, por decreto

²¹ La búsqueda de atención médica se traducía también en la saturación de establecimientos de asistencia social –como orfanatos e internados para niños–, pues en la ausencia de una red familiar de apoyo en la capital, los padres enfermos con frecuencia se veían ante la necesidad de internar a sus hijos mientras recibían tratamiento médico. “Antes de venir a México a gestionar plazas de la Beneficencia, cerciórese de que las hay”, en *Asistencia Social*, III época, núm. 5 (15 nov. 1937).

²² Véase por ejemplo AHSS, BP, DGA, leg. 23, exp. 1; AHSS, BP, DGA, leg. 23, exp. 2.

²³ Sobre el desarrollo del trabajo social durante la década de los treinta, véase LORENZO RÍO, “Las trabajadoras sociales”.

presidencial, de la Beneficencia Pública en la Secretaría de Asistencia Pública, o SAP, en 1938.²⁴ Promovida a agencia federal y dotada de un mayor presupuesto, la SAP buscaba romper con el sentido de caridad cristiana que prevalecía en los hospitales, escuelas e internados de la Beneficencia Pública para ponerla al día con el compromiso de justicia social de los gobiernos posrevolucionarios. Esto implicaba una noción de la asistencia pública –con su gama de servicios médicos, curativos y sociales– como un deber del Estado hacia sus ciudadanos, cuyos servicios se debían expandir para llegar más allá de los tradicionales pobres de solemnidad.²⁵ Según los datos del historiador James Wilkie, el presupuesto destinado a las labores asistenciales ascendió de 2.6 a 3.1 como porcentaje del presupuesto federal entre 1937 y 1938, y de ahí a 5.5 en 1940.²⁶

Buena parte de este presupuesto se destinó a realizar adecuaciones materiales a los establecimientos de la SAP, incluyendo los viejos hospitales que había absorbido de la Beneficencia. En el Hospital Juárez, por ejemplo, las autoridades llevaron a cabo una ampliación importante, además de una serie de remodelaciones menores, como mejoras en la iluminación. En palabras de su director, el doctor José Negrete Herrera, durante un acto que conmemoraba el 90 aniversario de la institución, con estas modificaciones “despareció para siempre aquel viejo caserón de sombrías tradiciones, verdadero terror de nuestras gentes humildes”.²⁷ El propio Hospital General, aunque seguía siendo el más moderno y especializado del país, tenía carencias

²⁴ DOF, “Decreto que modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de Asistencia Pública” (31 dic. 1937). Sobre la creación de la SAP, véase UHTHOFF LÓPEZ, “Hacia una política asistencial”, pp. 159-173.

²⁵ Véase por ejemplo “Nuevos rumbos de la asistencia social”, en *Asistencia Social*, III época, núm. 1 (15 sep. 1937).

²⁶ WILKIE, *The Mexican Revolution*, p. 166.

²⁷ “El Hospital Juárez transformado material, social y científicamente”, en *Asistencia Social*, III época, núm. 1 (15 sep. 1937).

y rezagos técnicos importantes, y mostraba ineficiencia en sus operaciones —en parte causada por la saturación descrita anteriormente—. Como director del hospital durante el sexenio de Cárdenas, el cardiólogo Ignacio Chávez buscó reformar y modernizar la institución, llevando a cabo una reestructuración en sus servicios y varias remodelaciones que le permitieran llevar a cabo su misión.²⁸

A pesar de las reformas cardenistas orientadas a mejorar y expandir los servicios médicos y asistenciales de la SAP, los esfuerzos realizados a fines de la década de los treinta fueron insuficientes. Los hospitales y demás establecimientos asistenciales de la SAP seguían rebasados por la demanda de ciudadanos en busca de atención médica y social.²⁹ Además, a pesar de los anexos construidos y las remodelaciones que se realizaron en varios hospitales, éstos seguían siendo escasos e inadecuados para realizar los tratamientos diagnósticos y terapéuticos que las ciencias médicas modernas exigían. Gustavo Baz Prada, el médico y antiguo general revolucionario que tomó las riendas de la SAP durante el sexenio de Ávila Camacho, buscó resolver estos problemas durante su gestión. Después de dedicar la primera parte del sexenio a sistematizar y uniformar el trabajo de los establecimientos de asistencia social de la SAP, Baz volcó su atención a los hospitales, embarcándose en uno de los proyectos de renovación hospitalaria más ambiciosos hasta el momento.³⁰ Su equipo partió “de una afirmación rotunda: la de que todo estaba por hacerse”.³¹ En palabras del subsecretario del ramo, el médico Salvador Zubirán, si se buscaba “elevar la cultura médica del país y proporcionar una eficiente atención hospitalaria, debe pensarse necesariamente en abandonar estas

²⁸ AGOSTONI, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria”.

²⁹ Véase por ejemplo AHSS, *BP, DGA*, leg. 22, exp. 1.

³⁰ *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Unión*, p. 261. Sobre este aspecto véase SANDERS, *Gender and Welfare in Mexico*, cap. 2.

³¹ BAZ, “Programa de Hospitales, 1940-1946”, p. 296.

antiguas unidades hospitalarias y crear nuevas”, arrancando “de raíz esa pesada herencia”.³² El Instituto de Nutriología (1943), el Hospital Infantil (1943) y el Hospital de Cardiología (1944) –predecesores de los actuales institutos nacionales– fueron de los primeros hospitales que nacieron del impulso renovador de ese sexenio, diseñados bajo los estándares de arquitectura nosocomial más actuales y como centros de investigación y formación de alto nivel.³³

Para Baz, sin embargo, estos nuevos institutos debían ser la semilla de una red de hospitales mucho más vasta y esparcida por todo el país. Con el fin de proyectar y construir estas nuevas instituciones nació el Programa Nacional de Hospitales bajo la supervisión de la SAP, que en 1943, después de su fusión con el Departamento de Salubridad Pública (DSP), se transformó en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). El objetivo era crear recintos “totalmente distintos a los que hay en la actualidad en el país”, guiados por los últimos descubrimientos de la ciencia médica, equipados con los recursos modernos necesarios, y capaces de llevar a cabo investigación científica y enseñanza médica del más alto nivel.³⁴ El programa comenzó con la creación de un seminario de trabajo encargado de establecer los lineamientos técnicos que debían guiar el programa de construcción de una red nacional de hospitales. En él, médicos, autoridades sanitarias y arquitectos con experiencia en la materia estuvieron encargados de llevar a cabo un estudio minucioso que tomara en cuenta tanto el contexto mexicano como las mejores experiencias internacionales.³⁵ Con este fin, los médicos que participaron en el

³² ZUBIRÁN, “Los nuevos hospitales en México”, p. 262.

³³ Sobre la trayectoria del Instituto Nacional de Nutriología, véase VARGAS DOMÍNGUEZ, “El auge y declive del Instituto Nacional de Nutriología”.

³⁴ BAZ, “Hospitales de México”, p. 259. Agradezco a Claudia Agostoni por referirme a este número, sin el cual este trabajo no habría sido posible.

³⁵ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 297; véase también AGOSTONI, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria”.

seminario visitaron distintas localidades para realizar un cuestionario minucioso a los médicos locales sobre las condiciones sociales, demográficas, epidemiológicas y climatológicas de cada lugar. Los arquitectos después estarían encargados de presentar soluciones arquitectónicas específicas para cada hospital.

El objetivo final era el de “hacer llegar hasta los lugares más distantes de la República y hasta los trabajadores más aislados del centro, los servicios de los especialistas y hacer real el beneficio de un hospital donde puedan resolverse los problemas de su salud”.³⁶ Con este interés, Baz ideó una red compuesta por cuatro tipos de hospitales. En primer lugar, desde el centro hacia la periferia del país, habría centros médicos con hospitales generales y de especialización, seguido por hospitales generales regionales en las principales ciudades del país, que serían visitados por especialistas de forma periódica. En tercer lugar estarían los hospitales rurales, y finalmente las enfermerías rurales, que serían visitados de forma recurrente por ciertos especialistas, como dentistas, oculistas y otorrinos.³⁷ En la ciudad de México, “el cerebro y motor de buena parte de las actividades científicas y educativas” del país, el Centro Médico Nacional, sería el corazón de esta nutrida red.³⁸ La idea era que los casos que no pudieran resolverse o que necesitaran de una atención más especializada en todo el país fueran pasando por las unidades locales y regionales hasta llegar, en última estancia, al CMN, que contaría con múltiples hospitales de diferentes especialidades médicas. En total, esta red estaba proyectada para tener 12 hospitales generales en distintos estados del país –9 de nueva construcción–, 7 hospitales de especialidades, más el Centro Médico en la capital.³⁹

³⁶ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 297.

³⁷ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 297.

³⁸ *Memoria de Labores. 1944-1945*.

³⁹ Los hospitales generales estarían en Veracruz, Mazatlán, Tepic, Hermosillo, Moncolova, Tampico, Monterrey, Tuxtla Gutiérrez, Salvatierra, Nuevo

EL CENTRO MÉDICO NACIONAL:
PROYECCIÓN Y PARÁLISIS

Los planes para construir un Centro Médico Nacional aterrizaron en 1945. Ese año, la SSA compró un predio en la colonia Doctores que contaba con 93 000 m². El terreno colindaba al norte con el Hospital General, al sur con el Panteón Francés, al oriente con la calle Doctor Jiménez y al poniente con la Calzada de la Piedad (imagen 1). La selección del terreno en la zona céntrica de la capital iba, según Baz, en contra de la sabiduría de la época, que prefería construir hospitales en las afueras de la ciudad. Pero si bien esta preferencia podía hacer sentido para pacientes “con libertad económica”, dificultaba el acceso para las personas de escasos recursos “que en muchas ocasiones tienen que ir a pie”.⁴⁰ Aun así, el espacio tenía buena circulación de aire y contaba con suficiente lugar para construir jardines y alamedas que consideraba necesarios. Además, el terreno estaba en una zona donde existían ya algunas de las instituciones de asistencia médica más importantes, como el Hospital General, el Hospital de Cardiología y el Hospital Infantil, los que pasarían a formar parte del nuevo CMN.⁴¹

Para Baz, el Hospital Infantil, construido por el arquitecto José Villagrán con la asesoría del médico Federico Gómez e inaugurado en 1943, era una historia de éxito a replicar.⁴² Aunque el tamaño y los estándares técnicos del hospital habían requerido

Laredo, Manzanillo y Tapachula. En cambio, la mayoría de los hospitales de especialidades estaban localizados en la ciudad de México y zonas aledañas del Estado de México, además de un hospital para enfermos mentales en la ciudad de León. LÓPEZ RANGEL, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*, p. 87.

⁴⁰ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 298.

⁴¹ FAJARDO-ORTIZ, “Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional”, p. 658.

⁴² VILLAGRÁN, “Hospitales del Centro Médico. Hospital Infantil”, pp. 281-284.

una gran inversión, que de acuerdo con Baz fue fuertemente criticada en su momento, su corta historia había ya hecho evidente que la demanda continuaba superando por mucho a su capacidad de atención, pues las solicitudes de ingreso y consulta externa en el hospital eran tres veces mayores a las que podía proporcionar.⁴³ Así, las autoridades sanitarias y asistenciales decidieron que el Hospital Infantil sería el corazón del nuevo Centro Médico, donde se establecerían un hospital general y varios de especialización, para contar con un total de 13 hospitales y 7 000 camas (comparadas con las 1 700 que entonces tenía el HGM, el más grande e importante de la Secretaría). Entre los hospitales de especialidad estaban contemplados el recién inaugurado Instituto Nacional de Cardiología, un hospital dental, uno de maternidad, oftalmología, oncología, nutrición, traumatología, enfermedades del aparato digestivo, del aparato urinario, de enfermedades dermatológicas, enfermedades infecciosas y tuberculosis.⁴⁴

En septiembre de 1945, el presidente Ávila Camacho dio inicio formal al proyecto. Por decreto presidencial creó el Comité de Proyección y Construcción del Centro Médico de la Ciudad de México. El decreto partía del diagnóstico de Baz y Zubirán:

[...] las instituciones hospitalarias actuales del Distrito Federal ya son notoriamente insuficientes para atender las necesidades de orden médico-social que requiere la población del mismo distrito; y que además existe la imposibilidad de adaptar los edificios y establecimientos nosocomiales que funcionan a la fecha a las modernas técnicas económicas y quirúrgicas.

Así, el decreto afirmaba que urgía “realizar por lo tanto la planeación y construcción de un conjunto de nuevas y modernas

⁴³ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 301.

⁴⁴ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 301.

La proyección inicial del Centro Médico estuvo a cargo de los arquitectos Mario Pani y José Villagrán, aunque su realización, como veremos, quedó eventualmente en manos del arquitecto Enrique Yáñez de la Fuente. Todos ellos eran miembros activos del seminario de construcción de hospitales y tenían para entonces una trayectoria reconocida en la construcción de nosocomios públicos.⁴⁷ De acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos por el seminario en el que participaban, el trabajo se dividió en cuatro etapas. En la primera se delimitaría el radio geográfico a servir y se definirían claramente las capacidades, necesidades, personal y equipo necesario para cada hospital; la segunda consistiría en plasmar estas necesidades en un proyecto arquitectónico; después vendría el momento de la construcción; finalmente, en la cuarta etapa se equiparían hospitales y se organizaría su funcionamiento, en el entendido de que continuamente se examinaría la experiencia acumulada para reorganizar el CMN en caso de que fuera necesario.⁴⁸

Para finales del sexenio de Ávila Camacho y el mandato de Gustavo Baz como secretario de Salubridad, además de la proyección de los hospitales, se había terminado de urbanizar la zona, dotándola de luz, agua, drenaje y demás servicios y se había iniciado la construcción de algunos edificios.⁴⁹ También comenzaron los proyectos arquitectónicos de Pani y Villagrán, quienes afirmaban que el complejo era “el conjunto arquitectónico más importante que jamás se haya emprendido en nuestro país”.⁵⁰ El objetivo de este primer proyecto arquitectónico era el de crear “un todo armónico formado por las numerosas y diferentes unidades hospitalarias que lo constituyen”. Se buscaba

⁴⁷ AGOSTONI, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria”.

⁴⁸ Véase VILLAGRÁN GARCÍA y PANI, “El Centro Médico de la Ciudad de México”, p. 277.

⁴⁹ *Memoria de Labores, 1945-1946*.

⁵⁰ *Memoria de Labores, 1945-1946*, p. 277.

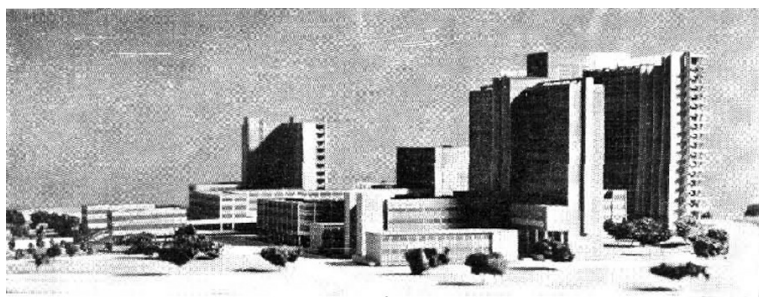
que todos los edificios, proyectados en estilo funcionalista, se favorecieran y complementaran entre ellos, dispuestos de forma simétrica alrededor de un bulevar que desemboca en una plaza jardinada que proporcionaría áreas verdes y espacios abiertos al complejo (imagen 2).

El entusiasmo que la proyección del Centro Médico Nacional despertó entre médicos y salubristas fue palpable durante el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, que se celebró entre el 25 y el 31 de agosto de 1946 en la ciudad de México. En una ponencia titulada “Los hospitales en México”, el doctor Norberto Treviño, uno de los médicos que lideraron el esfuerzo de expansión de servicios dentro de la SSA,⁵¹ afirmó que, pese a los esfuerzos hechos, la mayoría de los hospitales en el país estaban en condiciones que podían compararse “a las instituciones hospitalarias de la antigüedad y la Edad Media”. Resultaba crucial continuar con el programa de construcción de nuevos hospitales, pues “los modernos establecimientos que ha sido posible poner al servicio público durante este sexenio, resultan de todas maneras insuficientes para resolver la cada vez creciente cantidad de problemas que se presentan”.⁵² Proponía construir nuevos hospitales regionales, centrales y rurales, que debían estar integrados a un sistema que tendría en su corazón al Centro Médico Nacional. El pleno del Congreso tomó resoluciones en el mismo sentido, concluyendo que, debido a las grandes carencias hospitalarias, se debía continuar con el programa de modernización que Baz había comenzado durante ese sexenio, siguiendo los lineamientos técnicos establecidos para cumplir con su misión de atender eficientemente a los enfermos, volverse centros de enseñanza para todo el personal de la salud y realizar investigación científica de alto nivel. El Congreso

⁵¹ ÁLVAREZ NOGUERA, “Salud y arquitectura moderna y contemporánea en México”, p. 124

⁵² AHSS, SSA, *SubSA*, c. 9, exp. 10.

Imagen 2



resolvió declarar de utilidad pública “la terminación de las obras de construcción del Centro Médico de México”.⁵³

Pese a estas altas expectativas, el sexenio avilacamachista estaba por terminar, y sería tarea del siguiente gobierno terminar la construcción y habilitar el complejo hospitalario. Sin embargo, durante el sexenio de Miguel Alemán Valdés (1946-1952) la construcción del CMN se paralizó; las autoridades sanitarias dejaron de hablar sobre el proyecto en sus discursos y memorias, y sus indicios desaparecen casi por completo de los documentos de este periodo resguardados en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.⁵⁴ Todo apunta a que las razones de la parálisis fueron de índole presupuestal. En efecto, como ha documentado Wilkie, durante el periodo alemanista las prioridades del gasto público cambiaron de forma sustancial, reflejando la apuesta del gobierno entrante por una acelerada industrialización como motor del cambio social.⁵⁵ Durante este sexenio aumentó

⁵³ AHSS, SSA, *SubSA*, c. 7, exp. 4.

⁵⁴ Véase también FAJARDO ORTIZ, *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México*, p. 137.

⁵⁵ WILKIE, *The Mexican Revolution*, pp. 164-168. Sobre el cambio de prioridades de política pública durante el alemanismo, véase ALEXANDER, *Sons of the Mexican Revolution*; NIBLO, *Mexico in the 1940s*.

considerablemente el gasto en infraestructura y obras públicas –que ya había comenzado a ascender en los últimos años del avilacamachismo–, pasando a representar 9.5% del presupuesto proyectado en 1943, a 15.97 en 1945 y 18% en 1948. En cambio, el gasto proyectado en salubridad y asistencia pasó de representar 6.5% en 1945 a 4.94 en 1949.⁵⁶

Además de este declive general en el presupuesto del sector salud, existen indicios de que la forma de gastar los recursos dentro de la SSA también había cambiado; con la fusión con el DSP en 1943, la SSA parece haber priorizado las labores sanitarias –que incluían, entre otras, la producción, manejo y aplicación de sueros y vacunas; el monitoreo y control de enfermedades contagiosas y epidemias; la regulación de alimentos y fármacos; y las inspecciones de sanidad en puertos y fronteras –sobre las actividades de asistencia médica y social en establecimientos y hospitales. Además de la asignación presupuestal que recibía año con año, al absorber las funciones de la antigua Secretaría de Asistencia (que, como se recordará, a su vez había absorbido, en 1938, las de la Beneficencia Pública), la SSA tenía derecho a administrar y ejercer el Patrimonio de la Beneficencia Pública. Este patrimonio era en sí mismo un órgano desconcentrado que se estableció desde la creación de la Beneficencia por el presidente Benito Juárez en 1861, e incluía el dinero privado que diversos individuos, familias y asociaciones habían donado para diversos establecimientos asistenciales que quedaron bajo la supervisión de la Beneficencia Pública. En teoría, la SSA debía utilizar

⁵⁶ Cálculos propios basados en *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1943*; *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1945*; *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1948*; *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1949*. Para el año de 1943, el cálculo en salubridad y asistencia lo hice sumando los rubros destinados a “Asistencia Pública” y “Salubridad Pública”. En octubre de ese año, las dos dependencias se fusionaron bajo la SSA, de modo que el rubro “Salubridad” incluye el gasto en ambos conceptos a partir de entonces.

estos recursos únicamente para el sostenimiento de sus establecimientos de asistencia médica y social. No obstante, ya desde el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia de 1946, el doctor Treviño advertía que la SSA estaba utilizando los fondos del antiguo patrimonio de la Beneficencia Pública para reforzar las labores sanitarias de la Secretaría, mientras la atención médica y hospitalaria estaba en condiciones de miseria:

Muy necesarios son los afanes de mejoramiento, esencialmente sanitario: enhorabuena que se amplíen los trabajos de agua potable, drenaje, despaludización, etcétera [...]. Pero es urgente continuar curando, aliviando. Un siglo por lo menos, queda en México para continuar la tarea de asistencia médica, largos cien años en que urgirá atender enfermos. Para ello necesitamos hospitales modernos, eficientes, de base económica bien entendida, sin regatear los elementos materiales y técnicos que son indispensables. Gastar lo suficiente, ya que el fruto que se recoge es inmejorable, la salud del pueblo que trabaja y produce.

El autor concluía que “la tarea de índole asistencial y sobre todo la médica y hospitalaria no deben sufrir menoscabo sino por lo contrario debe impulsarse más aún, suministrándose fondos más cuantiosos para ello”.⁵⁷

El uso discrecional del Patrimonio de la Beneficencia parece haber continuado durante los siguientes años. Un documento sin firma de 1958 de la Subsecretaría de Asistencia –la subsecretaría responsable de las tareas asistenciales de la SSA–, que sintetizaba las acciones de la misma para presentarse en una exposición internacional, afirmaba que los recursos de la Secretaría se habían reducido en años recientes por varias causas. Una de ellas era que el Patrimonio de la Beneficencia Pública había sido absorbido directamente por la Secretaría de Hacienda y Crédito

⁵⁷ “Los hospitales en México”, AHSS, SSA, *SubSyA*, c. 9, exp. 10.

Público en vez de por la propia SSA. El resultado, según el autor, fue que la Secretaría no contaba con los recursos suficientes para llevar a cabo su programa de hospitales en los términos en los que estaba planteado durante el periodo de Baz.⁵⁸ Ante la limitación de recursos, las autoridades decidieron terminar los 42 hospitales foráneos que estaban ya iniciados en vez de construir nuevos: “Por dichas razones presupuestales, en el Distrito Federal solo se pudo entre 1947 y 1952, adaptar mejor los edificios de hospitales existentes y construir anexos” en algunos recintos que ya existían, como el Internado Nacional Infantil, Instituto de Higiene, HGM y Juárez. Ningún recinto nuevo, incluido el CMN, se logró construir en la capital.⁵⁹

Al comenzar su periodo presidencial, Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958) retomó el proyecto del CMN con el objetivo de habilitar el “establecimiento que fuera la conjunción de todas las ideas, las tendencias y los programas de la administración moderna de servicios asistenciales”.⁶⁰ En 1955, designó como responsable de obra al arquitecto Enrique Yáñez, quien recientemente había estado a cargo de la construcción del Hospital General de Veracruz y del primer complejo hospitalario del IMSS, el Centro Médico Nacional La Raza, inaugurado en 1954.⁶¹

⁵⁸ “Síntesis de actividades de la SSA, 1910-1960. Para Guía de la Exposición Internacional”, AHSS, SSA, SA, c. 44, exp. 3.

⁵⁹ “Síntesis de actividades de la SSA, 1910-1960. Para Guía de la Exposición Internacional”, AHSS, SSA, SA, c. 44, exp. 3. Durante el sexenio de Ruiz Cortines, la SSA implementó un programa de bienestar social rural manejado por líderes comunitarios que mezclaba aspectos de prevención sanitaria —como educación higiénica y obras de saneamiento— con atención básica a la población, sobre todo a las madres embarazadas e infancias. Como parte de este proyecto, se construyeron 60 hospitales pequeños a lo largo del país con capacidad de 12 a 18 camas. BAKER OPPERMAN, “Bienestar Social Rural”, p. 91.

⁶⁰ *Memoria de Labores, 1952-1958*; véase también FAJARDO-ORTIZ, “Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional”, p. 658.

⁶¹ GAYTÁN CERVANTES, “El IMSS y su arquitectura”, p. 106. Sobre la obra de Yáñez, véase LÓPEZ RANGEL, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*.

A pesar de haber encontrado algunos problemas estructurales en el hospital originalmente diseñado para enfermos infecciosos, las autoridades se mostraban optimistas respecto a la posibilidad de inaugurar al menos algunos de los edificios antes del fin de sexenio, y reportaban avances importantes en varios de ellos.⁶²

Yáñez creó un nuevo proyecto arquitectónico que abandonó la simetría del proyecto original para introducir un acomodo “centrífugo” que establecía una serie de andadores que conectaban a los distintos edificios, y una plaza y edificio central con aulas que pudieran funcionar como una suerte de campus para los estudiantes de medicina que realizaban sus prácticas en los hospitales del centro.⁶³ Además, complementó el proyecto con una serie de elementos plásticos, como esculturas, relieves y murales. Éstos buscaban, por un lado, dotar al complejo de un “espíritu nacional” dentro del “arte realista moderno mexicano”, y por el otro, transmitir a los pacientes y usuarios una sensación “sedante” y de confianza en las ciencias médicas.⁶⁴ Entre ellos destacan los relieves del muralista José Chávez Morado para recubrir la fachada de las aulas del Hospital de Especialidades, que narraban la historia del progreso de las ciencias médicas en México desde la época prehispánica hasta la actualidad (imagen 3).⁶⁵

Aunque ninguno de los edificios se inauguró en el sexenio de Ruiz Cortines, durante su gobierno la SSA logró construir los edificios correspondientes a los hospitales de enfermedades nerviosas, neumología, oncología, ginecoobstetricia, nutrición, emergencias y especialidades médico-quirúrgicas, así como

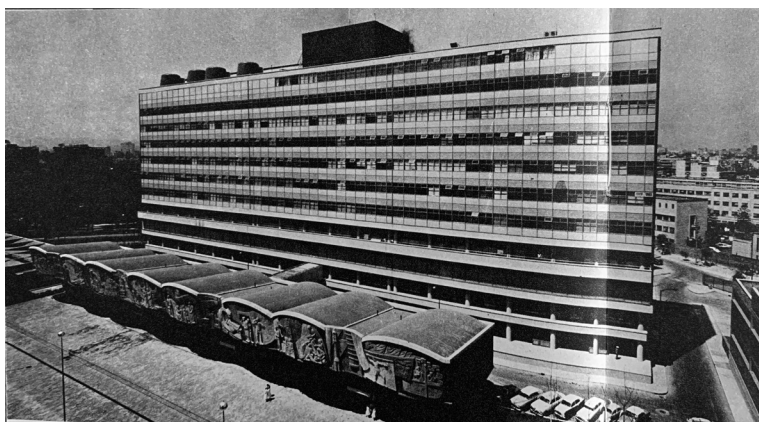
⁶² Sobre los problemas en la estructura en el Hospital de Infecciosos, véase “Ángel Carrillo Flores a Dr. Don Manuel Pesquera, subsecretario de Salubridad y y Asistencia”, 28 de enero de 1954. AHSS, SSA, SA, c. 70, exp. 1.

⁶³ LÓPEZ RANGEL, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*, p. 107.

⁶⁴ Así lo describió Fernando Gamboa, a quien Yáñez nombró coordinador de las obras de “decoración artística” del CMN. LÓPEZ RANGEL, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*, pp. 109-110.

⁶⁵ DÁVILA JIMÉNEZ, “Los relieves”, pp. 482-484.

Imagen 3



algunos edificios complementarios (por ejemplo, el de máquinas, las oficinas generales, el laboratorio de medicamentos y la guardería). Aun así, los problemas presupuestales de la SSA no habían mejorado y la SSA no logró terminar la construcción del CMN ni habilitar los edificios construidos. Durante este sexenio, el gasto proyectado en Salubridad se mantuvo apenas arriba de 4%, lo que representaba incluso algunos puntos decimales por debajo del periodo alemanista.⁶⁶ Una vez más se dejaba al siguiente gobierno la responsabilidad de terminar el proyecto del gran CMN.

LA PRIMACÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Durante la presidencia de Adolfo López Mateos (1958-1964) el CMN logró, en efecto, abrir sus puertas al público, pero no

⁶⁶ Cálculos propios basados en *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1953*; *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1956*; *Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1958*.

como parte de la prometida renovación hospitalaria de la SSA sino como la gema de un Instituto Mexicano del Seguro Social que atravesaba por un proceso de expansión acelerada. Aunque desde su fundación por medio de la Ley del Seguro Social de 1943 las autoridades buscaban que, un jefe de familia a la vez, el sistema de seguridad social llegaría a ser cercano a universal, el Instituto comenzó con una cobertura modesta. Sólo ciertos trabajadores industriales en la ciudad de México, que apenas rebasaban los 150 000, obtuvieron cobertura, aunque existía la promesa de gradualmente extenderse tanto por región como por actividad económica. Por mientras, la SSA estaría encargada de proveer servicios de atención médica y hospitalaria a la población sin cobertura de seguridad social. No obstante, la idea era que una vez que la cobertura del IMSS se expandiera lo suficiente, estos servicios de la SSA quedarán como un sistema residual destinado a atender únicamente a la población que no pudiera trabajar, como enfermos crónicos, discapacitados o ancianos, y que no tuviera un jefe de familia que les diera acceso a los servicios de seguridad social, como madres solteras o niños huérfanos y abandonados.⁶⁷

Sin embargo, durante el sexenio alemanista la expansión fue muy lenta, sumando 434 557 trabajadores industriales asegurados para finales de su sexenio. La cobertura del IMSS comenzó a acelerarse durante la presidencia de Ruiz Cortines, cuando se incorporó a ciertos trabajadores agrícolas al sistema y se expandió hacia casi todos los estados de la República, llegando a cubrir 899 504 trabajadores asegurados en 1958.⁶⁸

Fue bajo la presidencia de su sucesor, Adolfo López Mateos (1958-1964), que la cobertura de seguridad social pasó por el momento de expansión más acelerada. Según varios estudiosos,

⁶⁷ Véase "Seguro Social y Asistencia Pública", Ponencia presentada al Primer Congreso Nacional de Asistencia Pública, México, D.F., 1943.

⁶⁸ *Memoria de Labores de 1969. Datos estadísticos.*

ésta fue la cara más importante de una nueva política laboral cuyo objetivo era mitigar las protestas obreras que a finales de la década de los cincuenta azotaron la capital del país en demanda de mejores salarios y respeto a la democracia sindical.⁶⁹ Como muchas de estas movilizaciones protagonizaron a maestros, ferrocarrileros, petroleros y otros trabajadores del Estado, López Mateos priorizó la creación de un instituto de seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado. El Instituto de Servicios y Seguridad Social para Trabajadores del Estado, o ISSSTE, abrió sus puertas en 1960 ofreciendo, como el IMSS, pensiones y servicios médicos a los trabajadores al servicio del Estado, fragmentando aun más la oferta de servicios de asistencia médica y hospitalaria en el país.⁷⁰

El IMSS también recibió un impulso importante durante este sexenio. Por un lado, el gobierno amplió las prestaciones otorgadas por el Instituto, agregando una serie de prestaciones sociales, como centros deportivos, unidades de vivienda, teatros y centros culturales, a los servicios ofrecidos por el IMSS. Por el otro, y más importante aún, la cobertura del Instituto creció a ritmos que hasta entonces no tenían precedente, alcanzando un promedio anual de crecimiento de 130% y llegando a cubrir a más de 2 millones de trabajadores para 1964. Este salto se volvía aún más exponencial al considerar que, por ley, el IMSS estaba obligado a prestar atención médica no sólo a los propios trabajadores cotizantes, sino también a sus dependientes. Así, en 1958, en el IMSS,

⁶⁹ POZAS HORCASITAS, "El desarrollo de la seguridad social", pp. 52-54; DION, *Workers and Welfare*, pp. 89-97.

⁷⁰ Los trabajadores del Estado habían quedado excluidos de la cobertura del IMSS en la Ley del Seguro Social de 1943; en diversos momentos desde entonces habían demandado que sus prestaciones, sujetas hasta ese momento a contratos colectivos, se institucionalizaran bajo un instituto. Al llegar a la presidencia, López Mateos buscó la forma de incluirlos en el IMSS, aunque resultó imposible debido a la disparidad de prestaciones que existía entre distintos trabajadores del Estado, y entre éstos y los trabajadores del sector privado cubiertos por el IMSS. DION, *Workers and Welfare*, pp. 93-94.

los trabajadores y dependientes amparados sumaban un total de 2 821 350 personas; para 1961 llegaban a 4 064 347; y a fines del sexenio, en 1964, habían ascendido a 6 347 149.⁷¹ Este crecimiento acelerado significó una carga importante para los servicios médicos y la capacidad hospitalaria del Instituto. En 1961, por ejemplo, se atendieron 11% más consultas que el año anterior, mientras que las cirugías efectuadas por el IMSS aumentaron 10%. Aumentos similares se registraron en todos los servicios médicos, incluyendo exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, curaciones, vacunas, hospitalizaciones y partos.⁷²

No obstante, a diferencia de lo que ocurría en la SSA, los beneficiarios del IMSS tenían la capacidad de ejercer cierta presión sobre las autoridades del Instituto por medio de la participación de representantes de trabajadores y patrones en dos órganos internos: la Asamblea General, que era la autoridad máxima del Instituto, con la facultad de exigir cuentas y aprobar los programas de trabajo de la Dirección General, y el Consejo Técnico, administrador y apoderado legal del Instituto.⁷³ Desafortunadamente, no contamos con estudios sobre la forma en la que estos órganos funcionaron en la práctica. Pero sí existen indicios de que la presencia de representantes sectoriales imponía ciertos límites y presiones a las decisiones del director general y el gobierno en turno.⁷⁴ El director del IMSS durante el sexenio alemanista,

⁷¹ Como referencia, para 1960 la población total del país era de 34 923 016 personas. *VIII Censo de población 1960*.

⁷² Cálculos efectuados con base en *Memoria de Labores de 1961*, p. 13.

⁷³ La Asamblea General contaba con 10 miembros de cada sector además de 10 representantes gubernamentales, mientras que el Consejo Técnico tenía a 3 de cada sector, 3 del gobierno, más el director general. *DOF*, "Ley del Seguro Social" (19 ene. 1943), artículos 109-121.

⁷⁴ La apertura de los servicios médicos del IMSS sin tener la infraestructura adecuada generó oleadas de descontento entre 1943 y 1944, al grado que casi pusieron en entredicho la continuidad del Instituto. Véase "Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social a Manuel Ávila Camacho", 1^a de septiembre de 1942. Archivo Histórico de El Colegio de México, fondo *Ignacio*

Antonio Díaz Lombardo, explicaba por ejemplo que su gestión tuvo que priorizar la construcción de infraestructura médica, en detrimento de la expansión de la cobertura del Seguro Social, para poder ganarse la confianza de los sectores patronales y obreros que participaban en la gobernanza del Instituto, y que estaban descontentos ante la insuficiencia de infraestructura médica con la que el IMSS había operado durante sus primeros años.⁷⁵

El maestro Humberto Medina, quien después de trabajar como normalista llegó al IMSS a colaborar a principios de 1960, recuerda que la saturación de servicios médicos era una de las preocupaciones centrales del entonces director Benito Coquet. De acuerdo con Medina, las autoridades del IMSS buscaban resolver con celeridad el problema de la saturación, que llevaba a largos tiempos de espera en clínicas y hospitales y generaba descontento entre los beneficiarios del Instituto y representantes obreros. El maestro Medina fue contratado precisamente para idear una mejor reorganización de los servicios de modo que los derechohabientes pudieran tener una atención más eficaz, en la oficina que hoy conocemos como la de Técnicas de Orientación y Atención al Derechohabiente.⁷⁶

Con todo, el esquema de financiamiento del IMSS le permitía hacer frente a estas exigencias. A diferencia de la SSA, la seguridad social no estaba financiada por recursos hacendarios sino por contribuciones obligatorias de los propios patrones y trabajadores, cuyo monto se basaba en el salario diario de cada trabajador. Estas contribuciones privadas eran complementadas con una contribución gubernamental del mismo monto que la contribución del trabajador. De esta forma, y en comparación con una SSA que, como hemos visto, vio su presupuesto decrecer desde

García Téllez, c. 15, exp. 1. Sobre las protestas iniciales véase también POZAS HORCASITAS, "El desarrollo de la seguridad social en México"; DION, *Workers and Welfare*; GONZÁLEZ-BLOCK, *El Seguro Social*.

⁷⁵ *Memorias de labores, 1951-1952 y plan de trabajos para 1953*.

⁷⁶ Entrevista personal, Ciudad de México, 24 de julio de 2019.

la segunda mitad de la década de los cuarenta, el IMSS gozó de una solidez financiera importante, sobre todo durante los años cincuenta y sesenta, en los que aumentó su expansión de trabajadores cotizantes sin tener todavía que pagar una proporción importante de estos ingresos en la forma de pensiones de vejez.

Para afrontar el crecimiento acelerado de la población beneficiaria, en 1961 el IMSS habilitó una serie de hospitales y clínicas en varios lugares de la República, incluyendo Baja California, Colima, Chihuahua, Sinaloa, Culiacán, Michoacán y Estado de México. Por decreto presidencial del 30 de enero de 1961, el presidente López Mateos decidió traspasar el CMN de la SSA al IMSS; a partir de entonces, los hospitales de alta especialidad del Centro Médico se volverían el corazón de la nueva red hospitalaria del Instituto.⁷⁷ A cambio del CMN, la SSA recibiría un pago de 400 millones de pesos diferido en ocho anualidades; la primera, de 50 millones de pesos, se efectuó el mismo día del decreto al firmar las actas notariales del traspaso, y se selló con un “cordial abrazo” entre los titulares de ambas dependencias.⁷⁸ Además de este pago monetario, el IMSS le entregaría a la SSA un par de clínicas en la zona central de la capital. La decisión se planteaba como una en la que todos ganaban: la venta permitiría al IMSS satisfacer las necesidades de “la población en general y muy particularmente de los trabajadores, que reclaman un constante mejoramiento de los servicios cuya misión principal es preservar, restablecer y rehabilitar la salud”; y al mismo tiempo, la SSA, urgida de recursos económicos, podría “incrementar, en la parte correspondiente, las tareas sanitarias y asistenciales, particularmente entre los sectores urbanos y rurales más necesitados”.⁷⁹

⁷⁷ *Memoria de labores de 1961*, p. 13.

⁷⁸ “Adquiere el Seguro Social el Centro Médico, en 400 millones”, *El Nacional* (31 ene. 1961).

⁷⁹ DOF, “Decreto que autoriza a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y al Patrimonio de la Beneficencia Pública para enajenar el predio conocido con el

El IMSS quedaba como responsable de terminar las obras del CMN para otorgar a la mayor brevedad los servicios médicos y hospitalarios a sus beneficiarios. Al cabo de cuatro meses, en un pomposo acto que contó con la presencia del presidente, varios secretarios de Estado, legisladores y una audiencia que incluía a 30 000 personas, comprendiendo dirigentes obreros, empresariales y miembros de la prensa, el Instituto puso en funcionamiento los primeros hospitales del CMN que, según reportó el director Benito Coquet a la Asamblea del Instituto ese mismo año, habían ampliado la capacidad hospitalaria del seguro social en 1 261 camas, calculadas para atender a 233 805 derechohabientes.⁸⁰ Los discursos de las autoridades en la ceremonia enmarcaron la apertura del complejo hospitalario –que la prensa oficial afirmaba sería único en toda América Latina y comparable sólo con el centro médico de Estocolmo, Suecia, en sus proporciones, técnica y calidad– como la cúspide de “los postulados de justicia social de la Revolución Mexicana”.⁸¹

El resto de los edificios del CMN se terminaron un par de años después, y la totalidad del CMN se inauguró con una ceremonia donde las autoridades replicaron esta narrativa triunfal. En su discurso, Benito Coquet describió la inauguración como la cúspide de una liberación nacional progresiva que empezó con la independencia de México frente a España: “una historia apasionada y dramática, plena de heroicidad y sacrificios, de esfuerzos sin desmayos para conquistar la libertad, la dignidad, la

nombre de Centro Médico Nacional al Instituto Mexicano del Seguro Social” (30 ene. 1961).

⁸⁰ Las primeras noticias oficiales, sin embargo, contabilizaban un aumento de 716 camas. Es posible que en los meses que pasaron entre la inauguración del CMN y el informe a la Asamblea se hayan habilitado más camas. Véase “Gran paso hacia delante ha dado el régimen para perfeccionar la medicina social mexicana”, *El Nacional* (12 mayo 1961); *Memoria de labores de 1961*, p. 14.

⁸¹ *Memoria de labores de 1961*, p. 14; “Acabar totalmente con la ignorancia y con la pobreza”, *El Nacional* (12 mayo 1961).

justicia y el bienestar de la Nación”.⁸² Como era de esperarse, el discurso oficial subrayaba el compromiso particular del gobierno de López Mateos con las clases trabajadoras del país, “que con su diario esfuerzo contribuyen a construir la Patria Nueva a que aspiramos”.⁸³ Con el propósito de dar a ellos y sus familiares “la mejor atención médica y social, con los más altos niveles de eficiencia, atención y cordialidad [...] no se había escatimado en lo absoluto en la construcción del centro, dotándolo de los mejores recursos humanos y materiales”.⁸⁴

LA OTRA CARA DE LA MONEDA:

LA SSA TRAS LA VENTA DEL CMN

En estos discursos oficiales, las autoridades solían equiparar a las clases trabajadoras que tenían acceso a sus beneficios con todo el pueblo mexicano. Esta narrativa, sin embargo, oscurecía la fragmentación del sistema de atención médica que para entonces reinaba en el país. A pesar de la gran expansión de su cobertura hacia inicios de la década de los sesenta, la seguridad social continuaba excluyendo a la mayoría de la población nacional. Para 1960, el IMSS sólo cubría al 9.4% de la población total, y aunque la expansión de la cobertura continuó acelerándose, ésta no llegó más que a 20.26% para 1970. Eso significaba que la SSA debía, al menos en teoría, continuar proporcionando atención médica y hospitalaria para la mayoría de la población del país, a pesar de

⁸² IMSS, “Discurso del Sr. Benito Coquet en la inauguración del Centro Médico Nacional del I.M.S.S.”, 1963. Hemerobiblioteca de Seguridad Social, CIESS, 362.97253 I654d.

⁸³ “Acabar totalmente con la ignorancia y con la pobreza”, *El Nacional* (12 mayo 1961).

⁸⁴ “Discurso del Sr. Benito Coquet en la inauguración del Centro Médico Nacional del I.M.S.S.”, 1963. Hemerobiblioteca de Seguridad Social, CIESS, 362.97253 I654d.

las apremiantes condiciones materiales y presupuestales en las que se encontraba.

Dentro de la SSA algunos funcionarios reconocían que la venta del CMN había profundizado los desafíos que la institución enfrentaba para atender a las mayorías del país. En un documento sin título escrito desde la Dirección de Asistencia Médica de la Secretaría, se expresaba que “la cesión de las unidades médicas que constituyen el Centro Médico al Instituto Mexicano del Seguro Social, requiere por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, meditar sobre las situaciones que privan en sus centros hospitalarios”. El diagnóstico no distaba mucho de al que Zubirán y Baz habían llegado 20 años antes: el autor se lamentaba del estado físico de sus hospitales, que no concordaban “con el concepto actual de los centros hospitalarios”. Los dos hospitales más grandes a cargo de la Dirección, el Hospital General y el Juárez, mostraban signos de agotamiento. Este último había sido habilitado en 1847 en un antiguo cuartel del ejército para atender a los mutilados durante la intervención estadounidense. A pesar de haber sufrido múltiples modificaciones para hacerlo más funcional, el documento manifestaba que desde un punto de vista técnico “deja mucho que desear”. Y aunque el Hospital General era más moderno, también tenía una dispersión de servicios que dificultaban su funcionamiento.⁸⁵

La SSA contaba además con una serie de hospitales pequeños con menor capacidad. Entre ellos estaba el Hospital de la Mujer, que era particularmente antiguo al haber sido creado en el periodo colonial para mujeres indigentes, y que en el documento se reportaba en condiciones físicas “lamentables”. Lo mismo sucedía con el Hospital Homeopático que, creado en 1893, estaba en un estado físico miserable. El hospital de leprosos de Zoquiapan, según este mismo documento, ni siquiera podía realmente clasificarse como hospital, funcionando más bien

⁸⁵ Documento sin título, AGN, SSA, *DGAM*, c. 6.

como un asilo en estado de anarquía. Los únicos hospitales que parecían cumplir con su función de forma satisfactoria eran el de tuberculosos de Huipulco y el de enfermos crónicos de Tepexpan, ambos de creación reciente.⁸⁶

Como el documento evaluaba, con estos escasos recursos materiales la SSA debía atender a una población local y foránea que tendía a ser “de escasos recursos que no tienen posibilidades para ser atendidos en servicios particulares o en las Instituciones, llámese Seguro Social, ISSSTE, etc.”.⁸⁷ La Dirección tendría que encontrar la forma de hacer un uso más eficiente de sus recursos materiales, reparando de forma inmediata los recintos y dotándolos de nuevos equipos y pabellones. En un mediano plazo (no especificado), se proponía dividir la ciudad en cuatro grandes secciones y dotar a cada una con un hospital general de zona que, además de consulta externa y capacidad de 200 a 300 camas, pudiera absorber los servicios sanitarios de dicha jurisdicción. Bajo este esquema, el Hospital Juárez y el General podrían convertirse en los hospitales de especialización que habría tenido con el CMN. Este reacomodo permitiría aumentar el número de camas y poner al alcance de las personas de bajos recursos la posibilidad de atención médica en su zona sin que tuvieran que trasladarse por largo tiempo, erogar recursos, y abandonar el hogar y sus obligaciones.⁸⁸

De acuerdo a Octavio Gómez Dantés y Julio Frenk, durante el sexenio de López Mateos la SSA logró construir 1 400 unidades médicas, que incluían 493 hospitales, la mayoría de ellas en zonas rurales.⁸⁹ También vale la pena notar que, además de los establecimientos de la Dirección de Asistencia Médica, la SSA contaba con algunos otros recintos de investigación clínica,

⁸⁶ Documento sin título, AGN, SSA, *DGAM*, c. 6.

⁸⁷ Documento sin título, AGN, SSA, *DGAM*, c. 6.

⁸⁸ Documento sin título, AGN, SSA, *DGAM*, c. 6.

⁸⁹ GÓMEZ DANTÉS y FRENK, “Crónica de un siglo de salud pública en México”, p. 207.

como los institutos de Nutrición, Pediatría (Hospital Infantil), Neumología y Cardiología, que proporcionaban atención médica de alta especialidad a la vez que funcionaban como centros de investigación y formación médica. Pero estos institutos no dependían de la Dirección de Asistencia Médica, sino que eran organismos descentralizados que se manejaban con mayor autonomía frente a la Secretaría. Y, excepto por el Hospital Infantil, los demás institutos tenían poca capacidad frente a lo que ofrecían los grandes hospitales generales o el CMN.⁹⁰

En cualquier caso, las disparidades entre la capacidad de asistencia médica y hospitalaria entre el IMSS y la SSA se mantuvieron durante los años que siguieron a la venta del CMN. Al llegar a la presidencia, Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) buscó expandir la cobertura de salud en el país. Para ello, a mediados de los setenta la SSA llevó a cabo una investigación, titulada “Plan Nacional de Asistencia Médica. Proyecto de necesidades económicas”, sobre la cobertura real y el gasto de los distintos sistemas de salud, con el fin de proyectar las necesidades de inversión para dicha expansión.⁹¹ Los resultados no fueron alentadores. En primer término, se reportó que la población cubierta por los sistemas de seguridad social seguía siendo una minoría. De una población total de 51.5 millones de personas que tenía México entonces, sólo 16 millones —que representaban el 24% de la población— tenían acceso a la seguridad social (ya sea en calidad de trabajadores cotizantes o sus dependientes). En teoría, la SSA era responsable de proporcionar servicios médicos y asistenciales a

⁹⁰ De acuerdo a un censo hospitalario realizado por la SSA en 1958, el Hospital Infantil contaba con 539 camas, el Instituto Nacional de Cardiología con 120, el de Nutrición con 88 y el de Neumología con 322. *Censo y Planificación de Hospitales*, p. 268.

⁹¹ “Plan Nacional de Asistencia Médica. Proyecto de necesidades económicas”, AGN, SSA, DGAM, c. 5. Esta investigación muy probablemente sirvió como base del Plan Nacional de Salud que Echeverría lanzó en 1974. Véase *Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983*.

los 35.5 millones de individuos restantes. Sin embargo, el documento subrayaba la incapacidad de la SSA para otorgarles atención, estimando que al menos 20 millones de ellos carecían por completo de todo acceso a servicios médicos públicos. La investigación también notaba las desigualdades de recursos materiales entre la SSA y los regímenes de seguridad social (que, como se mencionó, desde 1960 incluía también al ISSSTE). Mientras que las instituciones de seguridad social gastaban, en promedio, 932 pesos anuales por beneficiario, la SSA gastaba solamente 45.5. Estas diferencias presupuestales se reflejaban, naturalmente, en la capacidad de atención de cada régimen. Así, la SSA tenía solamente .73 camas por cada 1 000 beneficiarios, frente a las instituciones de seguridad social, que contaban con 1.8 camas por cada 1 000 beneficiarios.⁹² De este modo, la fragmentación del sistema de provisión médica conllevó una gran desigualdad en los derechos de ciudadanía a los que, en la práctica, podían acceder los trabajadores formales con acceso a seguridad social, y los trabajadores informales –y sus familias– sin acceso a ella.

COMENTARIOS FINALES

Al terminar su gestión al frente de la SSA, Gustavo Baz se mostraba satisfecho con los logros del Programa de Hospitales, de donde germinaron los primeros planes para la construcción del CMN. Aunque este complejo hospitalario apenas comenzaba a proyectarse, la SSA había logrado abrir un buen número de establecimientos contruidos de acuerdo a los estándares de la arquitectura nosocomial moderna descrita en la primera sección del artículo. Además de los primeros institutos –de Pediatría, Nutriología y Cardiología–, la SSA construyó hospitales generales en Monterrey, Tuxtla, Teziutlán, Manzanillo, Laredo y Tampico; obstétricos en Parral y San Luis Potosí; un hospital

⁹² *Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983.*

para enfermos mentales en León; varios hospitales pequeños en distintos puntos del país, y otros cuya construcción no se había concluido pero estaba bastante avanzada. Para Baz, un aspecto fundamental de estos nuevos hospitales era la posibilidad de igualar, al menos en el acceso a atención médica de calidad, a la sociedad mexicana: “Hemos logrado [...] *que los pobres puedan curarse en los hospitales como no pueden hacerlo los millonarios en sus casas*”.⁹³

Sin embargo, como he argumentado en este artículo, entre mediados de la década de los cuarenta y principios de los sesenta la atención médica del sector público había tomado otro rumbo. La venta del CMN al IMSS debe entenderse como un episodio fundamental de un proceso de fragmentación de la atención médica y hospitalaria en el país, que comenzó desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943, y se profundizó durante las siguientes décadas. Como he subrayado en este artículo, en el corazón de esta segmentación yacía una desigualdad entre ambos sistemas que fue aumentando con el paso del tiempo. Si bien el IMSS empezó cubriendo a una pequeña proporción de trabajadores, su forma de financiamiento y su diseño institucional le proporcionaron más recursos para hacer frente a sus labores asistenciales. Además, el optimismo en su rápida expansión —que, a su vez, se basaba en los resultados que hasta entonces daba el Milagro Mexicano— lo invistieron de una relevancia política que pronto opacó a las labores asistenciales de la SSA. Con sus nuevos hospitales, complejos habitacionales, centros vacacionales y recreativos, para fines de la década de los cincuenta y principios de los sesenta, un IMSS en expansión se había vuelto en muchos sentidos la joya institucional del régimen posrevolucionario: un ejemplo tangible de la modernización del país y del mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores mexicanos.

⁹³ BAZ, “Programa de Hospitales”, p. 306. Cursivas en el original.

El problema, como otros han subrayado, fue que los beneficiarios de esa modernización –y del Milagro Mexicano en general– continuó siendo una minoría.⁹⁴ En el caso particular del sistema de provisión médica, a pesar de los notables esfuerzos por expandir su cobertura durante las décadas de los cincuenta y sesenta, la creciente lista de beneficios del IMSS llegaban sólo a un grupo minoritario de trabajadores (y sus dependientes familiares). En cambio, el resto de la población del país tenía acceso únicamente a los servicios asistenciales de la SSA, que fueron descuidados en términos presupuestarios desde fines de la década de los cuarenta. El resultado, como hemos visto, fue no sólo que las capacidades de asistencia hospitalaria de la Secretaría fueron inferiores a las del IMSS, sino la total desprovisión de servicios médicos a la que un buen sector de la población se enfrentaba de forma regular. Si bien para la década de los setenta las autoridades reconocieron estas desigualdades, y establecieron una serie de programas que buscaban resarcirla, durante los años sesenta el optimismo en el avance de la cobertura de seguridad social todavía reinaba, como muestra la narrativa oficial que acompañó el traspaso del CMN al IMSS.

En este artículo he seguido esta historia de fragmentación del sistema de salud, que subsiste hasta nuestros días, por medio de la trayectoria del Centro Médico Nacional: desde su proyección como el corazón del proyecto de modernización hospitalaria de la SSA a mediados de la década de los cuarenta, hasta su inauguración como la joya de los servicios médicos del IMSS en 1961. En muchos sentidos, el CMN se inauguró como la ciudad policlínica moderna que había prometido ser. Pero lejos de representar la ambición igualadora que dio origen al proyecto de renovación hospitalaria durante el cardenismo, y continuado

⁹⁴ Sobre la distribución desigual del ingreso durante el Milagro Mexicano, véase por ejemplo HANSEN, *The Politics of Mexican Development*.

por Gustavo Baz durante el siguiente sexenio, a principios de los sesenta el CMN encarnaba, de algún modo, su declive.

SIGLAS Y REFERENCIAS

- AGN, SSA, DGAM Archivo General de la Nación, *Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Asistencia Médica*, Ciudad de México, México.
- AHSS, BP, DGA Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Beneficiencia Pública, Asistencia Social, Dirección General de Asistencia*, Ciudad de México, México.
- AHSS, SSA, SubSA Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia*, Ciudad de México, México.
- AHSS, SSA, SA Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Asistencia*, Ciudad de México, México.
- CIESS Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Ciudad de México, México.
- DOF *Diario Oficial de la Federación*, México.

AGOSTONI, Claudia, “Expansión, innovación y modernización hospitalaria en la ciudad de México: dimensiones locales e internacionales, 1905-1943”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 62 (oct. 2021), pp. 35-61.

AGOSTONI, Claudia, “Médicos al servicio de los trabajadores en la ciudad de México, 1930-1944”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarum-que Historiam Illustrandam*, 39: 2 (2019), pp. 289-310.

AGOSTONI, Claudia, *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México, 1870-1952*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.

AGOSTONI, Claudia, “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*, 33 (jun. 2007), pp. 89-118.

ALANÍS, Mercedes, “Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932”, en *Historia, Ciencias, Saúde- Manguinhos*, 22: 2 (ene.-abr. 2015), pp. 391-409.

ALEXANDER, Ryan M., *Sons of the Mexican Revolution: Miguel Alemán and His Generation*, Arizona, University of New Mexico Press, 2017.

ÁLVAREZ NOGUERA, José Rogelio, “Salud y arquitectura moderna y contemporánea en México”, en ÁLVAREZ NOGUERA *et al.* (eds.), 1998, pp. 115-187.

ÁLVAREZ NOGUERA, José Rogelio *et al.* (eds.), *Salud y arquitectura en México*, México, Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

ARÉCHIGA CÓRDOBA, 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*, 33 (2007), pp. 57-88.

ARROM, Silvia, *Containing The Poor: the Mexico City Poor House, 1774-1871*, Durham, Duke University Press, 2000.

BAKER OPPERMAN, Stephanie, “Bienestar Social Rural: Improving Rural Physical and Social Well-Being in 1950s”, en *The Latin Americanist*, 60: 1 (2016), pp. 79-93.

BAZ, Gustavo, “Programa de Hospitales, 1940-1946”, en *Gaceta Médica de México*, t. 77 (1947), pp. 296-308.

BAZ, Gustavo, “Hospitales de México”, en *Arquitectura México*, 15 (abr. 1944), pp. 259-260.

BIRN, Anne-Emanuelle, *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, Rochester, N.Y., University of Rochester Press, 2006.

BRACHET DE MÁRQUEZ, Viviane, *The Dynamics of Domination: State, Class, and Social Reform in Mexico, 1910-1990*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1994.

CÁRDENAS, Enrique, *El largo curso de la economía mexicana. De 1780 a nuestros días*, México, Fondo de Cultura Económica, El Colegio de México, 2015.

CARRILLO, Ana María, “Salud pública y poder durante el cardenismo. México, 1934-1940”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25 (2005), pp. 145-178.

Censo y Planificación de Hospitales, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1958.

CUETO, Marcos, *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*, Washington, D.C., Woodrow Wilson Center Press, Johns Hopkins University Press, 2007.

DÁVILA JIMÉNEZ, Ana Lilia, “Los relieves de José y Tomás Chávez Morado en el Centro Médico Nacional”, en *Crónicas. El Muralismo, producto de la Revolución mexicana*, número especial (25 jun. 2015). Disponible en línea en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/46783>

DION, Michelle L., *Workers and Welfare: Comparative Institutional Change in Twentieth-Century Mexico*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2010.

FAJARDO-ORTIZ, Guillermo, “Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2015), pp. 656-663.

FAJARDO-ORTIZ, Guillermo, *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México*, México, Asociación Mexicana de Hospitales, A.C., 1980.

FARFÁN MENDOZA, Guillermo, *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucionalista histórico*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.

GARZA, Gustavo, *La urbanización de México en el siglo XX*, México, El Colegio de México, 2003.

GAYTÁN CERVANTES, Alejandro, “El IMSS y su arquitectura”, en *Arte y arquitectura del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Artes de México, Fundación IMSS, 2006, pp. 92-122.

GÓMEZ DANTÉS, Octavio y Julio FRENK, “Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud”, en *Salud Pública de México*, 61: 2 (2019), pp. 202-211.

GONZÁLEZ BLOCK, Miguel Ángel, *El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma*, Huixquilucan del Degollado, Universidad Anáhuac del Norte, 2018.

GÓNZALEZ NAVARRO, Moisés, "Efectos sociales de la crisis de 1929", en *Historia Mexicana*, XIX: 4 (76) (abr.-jun. 1970), pp. 536-558.

GORDON, Linda, "Who Deserves Help? Who Must Provide?", en *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 577 (2001), pp. 12-25.

GORDON, Linda, *Pitied but not Entitled: Single Mothers and the History of Welfare, 1890-1935*, Toronto, Maxwell Macmillan International, 1994.

GUDIÑO CEJUDO, María Rosa, *Educación higiénica y cine de salud en México 1925-1960*, México, El Colegio de México, 2016.

HANSEN, Roger D., *The Politics of Mexican Development*, Baltimore y Londres, The Johns Hopkins University Press, 1974.

Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Unión por el Dr. Gustavo Baz, México, Secretaría de Asistencia Pública, 1942-1943.

Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943-1983. 40 años de historia, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1983.

KESSLER-HARRIS, Alice, *In Pursuit of Equity: Women, Men, and the Quest for Economic Citizenship in 20th-Century America*, Nueva York, Oxford University Press, 2001.

LEVY, Santiago, *Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico*, Washington D.C., Brookings Institution Press, 2008.

LÓPEZ RANGEL, Rafael, *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*, México, Limusa, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1989.

LORENZO RÍO, María Dolores, "Las trabajadoras sociales en la década de 1930. Asistir a los pobres y servir al Estado", en *Historia Mexicana*, LXVIII: 2 (270) (oct.-dic. 2018), pp. 713-746.

Los rostros del IMSS, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017.

MARSHALL, T. H., *Citizenship and Social Class*, Concord, Mass, Pluto Press, 1991.

Memoria de Labores. 1944-1945, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional de Hospitales, 1945.

Memoria de Labores, 1945-1946, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional de Hospitales, 1946.

Memoria de Labores, 1952-1958, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Nacional de Hospitales, 1959.

Memoria de Labores de 1961, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1962.

Memoria de Labores de 1969. Datos estadísticos, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1970.

Memorias de Labores, 1951-1952 y plan de trabajos para 1953, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1952.

NIBLO, Stephen R., *Mexico in the 1940s: Modernity, Politics, and Corruption*, Wilmington, Rowman & Littlefield, 1999.

ORTIZ OROZCO, Jorge, "Un arte para la seguridad social", en *Arte y arquitectura del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, D.F., Artes de México, Fundación IMSS, 2006, pp. 78-90.

Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1974.

POZAS HORCASITAS, Ricardo, "El desarrollo de la seguridad social en México", en *Revista Mexicana de Sociología*, 54: 4 (1992), pp. 27-63.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1943, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1942.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1945, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1944.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1948, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1947.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1949, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1948.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1953, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1952.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1956, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1955.

Presupuesto General de Egresos de la Federación, 1958, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1957.

REMEDI, Fernando y Mario BARBOSA (eds.), *Cuestión social, políticas sociales y construcción del Estado social en América Latina, siglo XX*, México, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S. A. Segreti, Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa, 2014.

RÍOS MOLINA, Andrés, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2013.

ROSEMBLATT, Karin, "Charity, Rights, and Entitlement: Gender, Labor, and Welfare in Early-Twentieth-Century Chile", en *The Hispanic American Historical Review*, 3: 81 (2001), pp. 555-585.

ROSENBERG, Charles, *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, Nueva York, Basic Books, 1987.

SANDERS, Nichole, *Gender and Welfare in Mexico: The Consolidation of a Postrevolutionary State*, University Park, Pennsylvania, Pennsylvania State University Press, 2011.

SPALDING, Rose, "Welfare Policymaking: Theoretical Implications of a Mexican Case Study", en *Comparative Politics*, 12 (1980), pp. 419-438.

STARR, Paul, *The Social Transformation of American Medicine*, Nueva York, Basic Books, 1982.

TRONTO, Joan, *¿Riesgo o cuidado?*, Buenos Aires, Fundación Medifé, 2020.

UHTHOFF LÓPEZ, Luz María, "Hacia una política asistencial. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública, 1937-1940", en REMEDI y BARBOSA (eds.), 2014, pp. 159-173.

VARGAS DOMÍNGUEZ, Joel, "El auge y declive del Instituto Nacional de Nutriología de México y su proyecto de nutrición social de 1943 a 1956", en *Historia Mexicana*, LXIX: 2 (274) (oct.-dic. 2019), pp. 511-550.

VIII Censo de población 1960, México, Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, 1962.

VILLAGRÁN GARCÍA, José y Mario PANI, “El Centro Médico de la Ciudad de México”, en *Arquitectura México*, 15 (abr. 1944), pp. 277-280.

WILKIE, James, *The Mexican Revolution: Federal Expenditure and Social Change since 1910*, Berkeley, University of California Press, 1970.

ZUBIRÁN, Salvador, “Los nuevos hospitales en México. Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento”, en *Arquitectura México*, 15 (abr. 1944), pp. 261-272.