

Hospitales y práctica médica en la ciudad de México

Hugo Mercer

Introducción

EN EL ESTUDIO DE LA institución hospitalaria, como ámbito distintivo de la práctica médica, es posible identificar diversas estrategias. El enfoque estructural funcionalista ha sido, dentro de la sociología médica, la expresión dominante durante más de dos décadas; en su producción privilegió como temática a la institución hospitalaria ya que en su interior podía observar, sin interferencias contextuales, patrones de interacción social. Dado el reconocimiento consensual que detenta la institución hospitalaria y la posibilidad de abstraerla de las presiones de su entorno, el hospital pasó a ser, para dicha corriente teórica, un instrumento analítico propicio al entendimiento de las relaciones de poder, modelos de comunicación y socialización, procesos de especialización y profesionalización. Una variada gama de investigaciones desarrolladas a partir de los cincuenta en Estados Unidos constituye una ilustración de esta aproximación (Wilson, 1954; Wessen, 1958; Goss, 1961; Freidson, 1963). Tales investigaciones expresaban, en general, una visión en la cual el hospital constituía la unidad de análisis que reproducía, en escala, los procesos y conflictos propios de la sociedad exterior, pero con la ventaja de circunscribirlos a una esfera delimitada, incluso físicamente. Esa visión del espacio hospitalario es coherente con la función del hospital como receptáculo de individuos transitoriamente desviados, como el funcionalismo define a los enfermos. La legitimación social del *status* de enfermo requiere

que dicho individuo busque y acuda a la atención médica más adecuada: la que presta el hospital.

Para Talcott Parsons (1951) esa búsqueda orientada hacia el hospital le da a esta institución un carácter adicional al de ámbito terapéutico, al investirse de funciones de legitimación y control social. El aislamiento que el hospital supone es una forma de control, al evitar la extensión de la desviación que la enfermedad entraña. En palabras de Parsons: "La legitimación condicional del *status* de persona enferma coloca (al paciente) en una relación especial con gente que no está enferma, con los miembros de su familia y con trabajadores de los servicios de salud, particularmente con los médicos. Este control es parte del precio que tiene que pagar por una legitimación parcial, resultando de esto una estructura básica de dependencia. . ." Esta relación de dependencia se concreta en la relación interpersonal, pero al mismo tiempo se enmarca institucionalmente en el medio hospitalario. De la formulación inicial de Parsons y de las investigaciones posteriores que se inscribieron en su visión de la práctica médica moderna, se desprendieron observaciones críticas respecto al carácter del control social que se ejerce desde el hospital, control que por otra parte, excedía la finalidad terapéutica básica. Esos aspectos sólo fueron considerados tardíamente por el funcionalismo o sus derivaciones (Freidson, 1963; Mechanic, 1972); su interés primordial permanecía en la esfera de los patrones de interacción médico-paciente, o bien sobre la articulación entre los sistemas de personalidad cultural y social relacionados con la salud.

A las tibias observaciones acerca de las limitaciones del funcionalismo, siguieron críticas más duras acerca de sus limitaciones (Navarro, 1979; Waitzkin y Waterman, 1981; Comité Ciencias Sociales OPS/OMS, 1972). Dichas críticas se fundaban en que la práctica médica y las condiciones de salud de la población eran producto de factores económicos, políticos y sociales, los que a partir de la aplicación de un modelo explicativo parcializante quedaban marginados en los trabajos funcionalistas. Estas críticas demandaban un abordaje sociológico que, en lugar de concentrarse en las relaciones entre actores sociales en el interior del espacio hospitalario, indagará sobre los condicionantes estructurales de la enfermedad y la utilización de servicios de salud.

A principios de los setenta un nuevo enfoque se incorporó al

tratamiento de la temática hospitalaria. De la preocupación sobre el costo creciente de la atención médica y del peso determinante que han ido adquiriendo el componente tecnológico y los medicamentos, se derivaron una serie de trabajos destinados a demostrar la necesidad de reducir, de alguna manera, la enorme institución en que se había convertido el hospital. Con la misma intensidad con la que se postulaba “reducir el Estado para engrandecer la nación”, se abogaba por una simplificación del ejercicio de la medicina, destacando la conveniencia de intensificar la atención primaria y de baja complejidad. Racionalización, extensión de cobertura y desmedicalización (Alford, 1974; Knowles, 1977; Illich, 1977) fueron expresiones que convergían en el reclamo por una simplificación de la práctica médica. Si bien desde dicha posición se expresaba una voluntad inicial por cubrir las necesidades de salud de los sectores más desprotegidos (Conferencia de Ministros de Salud de las Américas, 1972), las interpretaciones posteriores rescatan sólo el componente de reducción del gasto para incluirlo dentro de un conjunto de recomendaciones tendientes a disminuir la presencia estatal en el gasto social (Banco Mundial, 1972). Este tratamiento del tema hospitalario, como ámbito de dispendio de recursos públicos, tenía su correlato en una demanda por incrementar la participación privada en materia de atención médica. Esta crítica al gasto hospitalario, aunque permitía visualizar la forma en que la orientación del gasto en salud es funcional al crecimiento de lo que ha dado en llamarse el complejo médico industrial (Health/Pac, 1970; Cordeiro, 1982), resulta inadecuada en tanto plantea como soluciones la privatización y la “desmedicalización”. Al extrapolarse tales planteamientos al contexto latinoamericano, su insuficiencia se acrecienta, porque pretender reducir el gasto público en salud, cuando persisten condiciones sanitarias claramente atrasadas, implica abandonar a vastos sectores de población, dejándolos expuestos a una medicina orientada por el afán de lucro.

Un tercer enfoque sobre el hospital se expresa en algunos trabajos de Michel Foucault referidos a la medicina (Foucault, 1979). En ellos se rescata la importancia de las dimensiones histórica y política en el devenir de esa institución. Foucault identifica al hospital como un instrumento de supervisión por parte de la profesión médica sobre el conjunto de la población urbana. Tal tipo de intervención se generaliza a partir del siglo

XVIII en Europa, dentro del desarrollo del capitalismo de libre competencia. Es entonces cuando se inicia un desplazamiento del significado social del hospital: de centro de confinamiento, asilo o castigo, se intenta convertirlo en institución terapéutica. La política sanitaria que entonces se impulsa se apoya sobre dos ejes: la constitución de un aparato responsable de los enfermos como tales (es decir, diferentes de vagos, delincuentes e indigentes) y el establecimiento de un dispositivo de observación, de medición y mejoría de un estado de salud de la población.

Es en el siglo XVIII, con la construcción en diversos países europeos de los hospitales de especialidades, cuando la institución hospitalaria pierde su significado primordial de lugar aislamiento para adquirir lentamente el carácter de ámbito curativo. Este replanteamiento de la cuestión hospitalaria, hecho por Foucault y otros autores (Chauvenet, 1980; Luz, 1979) permite retomar un tema, desde el cual es posible interpretar el desarrollo de políticas sanitarias, la relación entre saber y práctica médica y el vínculo de la población con los servicios asistenciales. El análisis de dichos aspectos permitió durante los últimos años una rica producción en América Latina, la cual se ubica en una perspectiva teórica que destaca como determinante a la estructura social en su relación con la práctica médica, al mismo tiempo que profundiza en la interpretación de dicha relación en términos históricos (García 1981-1982.; Donnangelo, 1975; Cordeiro, 1976; Jassler, 1982; Menéndez, 1981). Estos trabajos han tenido el mérito de ilustrar acerca del peso de los factores "extrasanitarios" en un área donde la tendencia general había sido deshistorizar y despolitizar al acontecer médico. Una muestra de este cambio se expresa en el señalamiento de López Acuña (1980) respecto a México: "el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales", en el que el uso del concepto clase social y la corroboración empírica de su peso diferenciador, implica pasar de una caracterización globalizante de la relación entre salud y sociedad —en la que el empleo de denominaciones como patología de la pobreza, de la marginación o del subdesarrollo es habitual— a una búsqueda explicativa más precisa. La indagación acerca de la relación entre clases sociales y servicios hospitalarios y políticas sanitarias en general, ha sido explorada ya en varios países latinoamericanos: Venezuela (Castellanos,

1981), México (Frenk *et al.*, 1979; COPLAMAR, 1982), Argentina (Bloch *et al.*, 1980), Ecuador (Breilh *et al.*, 1983); estos trabajos demuestran la estrecha dependencia que adquiere la gestión sanitaria respecto a los modelos económicos y políticos puestos en práctica.¹

En esta vertiente de búsqueda, el presente trabajo pretende resumir algunas de las condiciones sobre las que se establece la estructura hospitalaria de la ciudad de México,² bajo el supuesto de que el sucesivo asentamiento de diversos tipos de hospital expresa la cristalización de modelos médicos específicos. Estos modelos constituyen, por otra parte, la materialización de las concepciones de salud y enfermedad vigentes en las diferentes formaciones sociales.

De tal forma, en el desarrollo de las modalidades asistenciales que han existido en la ciudad de México, son discernibles etapas en las que los hospitales operan como instrumentos de caridad y expiación de culpas (1524-1760), otras, posteriormente, en que se les añade la función de contribuir al orden urbano (1760-1904), y otra que se inicia con la intervención estatal (de 1905 al presente), cuando las transformaciones hospitalarias —independientemente de su modernización tecnológica— se manifestaron en cambios en la responsabilidad estatal (seguridad social, derecho a la salud) y en el papel que juega la atención médica privada.

Al mismo tiempo que en estas etapas del desarrollo histórico de los hospitales se concretan diversos modelos médicos, se modela el tipo de usuario acorde a cada una de las formas de atención médica. La salud, y más específicamente, la atención médica, representa un recurso de legitimación para los sectores sociales dominantes, que, al haber estado asociada históricamente a un proyecto de sometimiento, enfrenta, en su esfuerzo modernizador (desde principios de siglo), el peso de una valoración cultural sólidamente arraigada; nuestro propósito es, entonces, caracterizar las formas bajo las cuales se alcanza dicha valoración.

¹ Estos trabajos referidos a la práctica médica están estrechamente ligados a desarrollos previos o paralelos en el campo epidemiológico, donde los trabajos de Asa Laurell, Jaime Breilh o Ana Tambellini han tenido decisiva influencia. Una revisión de los materiales de esta corriente puede encontrarse en Laurell, 1983.

² Denominamos ciudad de México al espacio comprendido por las actuales 16 delegaciones del Distrito Federal.

El hospital como instrumento de expiación de culpas

La medicina española se establece en la ciudad de México mediante la imposición y la marginación de la medicina indígena. Aunque sus diferentes capacidades terapéuticas no eran notorias (Chávez, 1961), no escapaba a las autoridades coloniales que la primacía del modelo médico español era parte del proyecto de sometimiento económico, religioso y político.

El modelo médico español se asienta tempranamente en la ciudad. El aún existente Hospital de Jesús, antes llamado Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, fundado en 1524, es testimonio de esa precoz preocupación por la institución hospitalaria. El tipo de hospital que los conquistadores establecen responde a lo que Laín Entralgó (1950) denominó la mentalidad médica cristiana. Esta se va conformando durante la Edad Media, con la asimilación por parte de la Iglesia de una herencia de instituciones griegas y romanas, entre las que se encontraba el hospital.

En el contexto español, el hospital adquiere el significado adicional de institución caritativa; si antes sus funciones abarcaban la ayuda y albergue al necesitado y una actitud expectante frente a la "incubación" de la enfermedad, en el modelo médico cristiano, el cuidado es la actitud generalizada dentro del hospital. En la Nueva España la expansión de la caridad es visible en el rápido desarrollo de instituciones hospitalarias, pero es al mismo tiempo la contraparte de la violencia con la que se concreta la conquista. A pesar de las divergencias existentes acerca de la magnitud de la reducción de la población en el México central, las cifras de Cook y Borah (1971), señalan un descenso del orden que se indica en el cuadro 1 (*véase* la página que sigue).

Sobre la disminución de la población indígena, Sánchez Albornoz (1973) destaca que "en los albores de la Conquista pereció un tercio de los indios, y en cada cuarto de siglo subsiguiente, más de la mitad de los restantes, hasta quedar 4% de la población originaria a comienzos del siglo XVII. La línea descendente no muestra pausa ni intento de enderezarse, y si la arquitectura vale como prueba para la demografía, recordemos con Phelan (1956) el estilo de los templos franciscanos. Esta Orden había construido al comienzo de la Conquista capillas abiertas en el frente alto de las Iglesias desde donde se oficiaba misa al aire libre para las grandes masas aborígenes recién con-

Cuadro 1

Población indígena en México Central (1519-1605)

<i>Año</i>	<i>Población</i>
1519	25.3 millones
1523	16.8 "
1548	6.3 "
1568	2.6 "
1580	1.9 "
1595	1.3 "
1605	1.0 "

Fuente: Cook, Sh, y Borah W., *Essays in Population History: Mexico and the Caribbeans*, vol. 1, Berkeley, University of California Press, 1971.

versas. A fines del siglo XVI, los oficios se hacían dentro del templo, en el altar del ábside o incluso en capillas laterales”.

La caridad, gesto y actitud que ampara y alienta la construcción de hospitales, era en realidad la contraparte de las duras condiciones de vida que imponía la Conquista. Epidemias y régimen de encomiendas se añan a sus consecuencias nocivas sobre la supervivencia de la población, pero encuentran su expiación en el desarrollo, durante tres siglos, de la institución hospitalaria, cuyas acciones estaban dirigidas más a la conciencia de los fundadores y sostenedores que a los de la población usuaria. Quien inaugura la construcción de hospitales en la ciudad de México es el propio Hernán Cortés, que a través del actual Hospital de Jesús expresaba el “. . . reconocimiento de las gracias y mercedes que Dios le había hecho en el Descubrimiento y Conquista de la Nueva España y para descargo y satisfacción de cualquier culpa o cargo que pudiera agraviar su conciencia de que no se acordaba para mandarlo satisfacer plenamente”. (citado en Muriel. 1960.)

De tal manera, la secuencia caridad, beneficencia, asistencia, que en diversos trabajos se presenta como evolución de la atención médica, es en el primer momento más una expiación de culpas que un acto voluntario de caridad; por ello y en la medida en que su vigencia como motivación para la construcción de nuevos hospitales permaneció hasta el siglo XIX, es posible suponer un peso ideológico cuya trascendencia aún no se ha extinguido.

El hospital como instrumento de orden

Sobre el modelo médico español cabe destacar una intervención asistencial en particular, la cual opera a través de imponer disciplina en el espacio urbano con la contribución de instituciones hospitalarias. Ya en el siglo XVII la sucesión de motines, crisis agrícolas y epidemias preocupa seriamente a las autoridades virreinales. Como documentó Elsa Malvido (1982), cosechas pobres, hambres y enfermedad se asocian en ciclos cada vez más cortos (cuadro 2).

Cuadro 2

Algunas epidemias y crisis agrícolas del siglo XVI

<i>Año</i>	<i>Epidemias</i>	<i>Crisis Agrícola</i>
1601	Cocoliztli	Cosecha pobre
1615	Cocoliztli, hambre, sarampión, viruela	Escasez de maíz y trigo, sequía
1639	Sarampión	Sequía
1663	Viruela	Gran sequía, epizootia
1691	Hambre	Lluvias continuas, heladas, motines
1692	Sarampión, peste, hambre	Heladas, escasez
1693	Hambre	Escasez de maíz
1696	Peste	Escasez y carestía

Fuente: Elsa Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, México, IMSS, 1982, vol. I.

La ciudad de México deja de ser la ansiada promesa de rápido enriquecimiento para convertirse en un lugar de peligro, desórdenes y muerte. Fernando Benítez (1980) lo describe así: “la peste, el terrible azote de Europa que dio origen a las danzas de la muerte y a los saqueos de los apestados, referidos por los cronistas medievales, dejaba asomar su siniestra figura en la Nueva España. Atacaba de preferencia a los indios. . . Los cadáveres de estas grandes epidemias tapizaban las calles y faltaban brazos para enterrar a los muertos”.

Las autoridades coloniales y las eclesiásticas inician una búsqueda de medidas para recomponer el orden urbano; con ese propósito la localización y segregación de la población adque-

ren importancia como disposiciones tendientes a evitar la repetición de motines y epidemias.

El concepto de traza española, artificio urbanístico que supuestamente permitía defender la ciudad frente a rebeliones indígenas, era fundamentalmente un recurso segregatorio, pues asigna espacios de residencia y circulación para indígenas y españoles. Cuando se refuerzan las disposiciones sobre la localización de las diferentes comunidades, los hospitales, al igual que otras instituciones, contribuyen al proyecto reordenador. De tal forma, luego de motines y epidemias, quedaron asentados fuera de la traza española los hospitales que atienden a “negros, mulatos y mestizos pobres y libres que no tengan quien les cure” y a los indígenas, quienes reciben alojamiento en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados y en el Hospital Real de los Indios respectivamente. También se mantiene fuera de la traza a los hospitales destinados a padecimientos cuyo contagio es temido. El Hospital de San Antonio Abad, que recibía a enfermos de “fuego sacro” o mal de San Antón, el Hospital de San Lázaro dedicado a los leprosos y el Hospital de San Hipólito para enfermos mentales, también quedaban distantes de la zona de residencia española. Si bien la ubicación de varias de estas instituciones fue previa a los desórdenes sociales y sanitarios, las disposiciones posteriores a estos desórdenes fuerzan la necesidad de velar por su segregación (O’Gorman, 1983; Venegas, 1973).

La modernización de la institución hospitalaria

Menéndez (1981) señala que la constitución del modelo médico moderno supone el dominio definitivo de los profesionales médicos sobre lo que se realiza en salud, lo cual se expresa en el peso decisivo de sus criterios diagnósticos y terapéuticos respecto a una multiplicidad creciente de problemas, que así se convierten en objeto de atención médica. Pero la apropiación de la salud y de la enfermedad por parte de los médicos conllevó la subordinación de otros sectores y conocimientos respecto a dichos problemas; por eso, agrega Menéndez: “una de las tareas no conscientes de la práctica y la teoría médica ha sido la de «extrañar», imposibilitar la participación de los conjuntos sociales como parte activa del modelo de los médicos”.

En el capitalismo central el modelo médico se instituye

hacia la mitad del siglo pasado; en Estados Unidos de América esa etapa se consolida con las reformas al funcionamiento hospitalario y a la educación médica que se producen a principios del presente siglo. En México el pasaje de un modelo médico caritativo al modelo médico curativo, puede ubicarse en la modernización de las instituciones hospitalarias, que se lleva a cabo durante el porfiriato. En esta época se materializa definitivamente el proceso de secularización de las instituciones eclesásticas, iniciado con las Leyes de Reforma. Este cuerpo legal dejaba a la Iglesia la intervención sólo en el plano religioso, lo que generaba serias repercusiones en el funcionamiento de los hospitales, pues la gran mayoría operaba con fondos y personal de órdenes religiosas, y bajo el apoyo de patronatos y cofradías vinculados a la Iglesia. Aunque la conversión del hospital en institución laica se inicia con las mencionadas normas legales, la modernización de la práctica médica cierra el proceso.

La modernización de la medicina fue notable durante el porfiriato: la capacitación de médicos en los mejores centros clínicos europeos, el intercambio con especialistas de diversos países, y la realización de reuniones internacionales sobre salud en México, colocaron al país en un nivel de avanzada respecto a otros del continente. En esta situación de desarrollo del conocimiento médico, cabe hacer notar que la institución del modelo médico estatal como hegemónico implica un desplazamiento dentro de la propia medicina, junto al referido distanciamiento respecto a prácticas médicas de raíz religiosa. En lo interno, el desarrollo del hospital como eje de la intervención estatal, relegó a toda una corriente que pugnaba por una medicina concentrada en la acción ambiental. Esta corriente está representada por un núcleo de investigadores (J.G. Lobato, Domingo Orvañanos), quienes siguiendo las enseñanzas de los médicos franceses y austriacos llegados junto con la expedición militar francesa, proponían una acción médica que regulara las condiciones de vida urbanas y rurales, como forma de reducir los principales problemas sanitarios. A tal fin, códigos sanitarios y un minucioso conjunto de disposiciones sobre salud pretendían apoyar la modernización del país mediante su incorporación al capitalismo industrial. La higiene del aire, del agua, de los alimentos y de los lugares de concentración pública, y una reglamentación sobre el uso del suelo constituían para los "ambientalistas" la mejor política sanitaria que el Estado podía emprender. Estas

medidas a la par que intentaban mejorar la salud del medio urbano, buscaban organizar a una población que debía ser convertida en trabajadora de la naciente industria. Sin embargo, ni la influencia de los médicos europeos (Fernández del Castillo, 1957), ni los trabajos de los geógrafos médicos mexicanos (Orvañanos, 1889) logran ser suficientes como para impulsar una medicina preventiva y de aplicación colectiva, reiterándose así el proceso que ya se había manifestado en los países de desarrollo capitalista temprano.

De ese periodo quedaron los conocimientos, instituciones como la Academia Nacional de Medicina, el Consejo Superior de Salubridad y códigos sanitarios, pero la política sanitaria estatal persistía en privilegiar a la atención hospitalaria.

El segundo desplazamiento involucrado en la modernización del hospital, tiene múltiples expresiones; por un lado, la definición del hospital como institución laica, en la que la presencia médica constante reemplaza la anterior hegemonía de religiosos. Los modernos hospitales construidos en la primera década de este siglo sustituyen, entre otros, a los hospitales de San Andrés, San Hipólito y del Divino Salvador. La transformación no fue sólo nominal: con ella, la medicina asumía la responsabilidad sobre la curación de la población usuaria de los servicios. La preferencia por el modelo médico curativo, que se concentra en el porfiriato implicó una intensificación de los recursos financieros destinados a la salud. Según González Navarro (1974), el gasto presupuestal per cápita en salud pasó de \$0.005 en 1878 a 0.05 en 1910, representando el 0.02 y 0.54 por ciento del presupuesto total en estos dos años respectivamente (Cuadro 3).

Cuadro 3

Gasto en salud (1878-1910)

	1878	1910
Presupuesto de salubridad ¹	4.628 ²	710.232
Gasto por capital en salud ¹	0.005	0.05
% del presupuesto total	0.02	0.54

¹ Datos incompletos.

² Datos incompletos.

Fuente: Moisés González Navarro, *Población y sociedad en México (1900-1970)*, México, D.G.P., 1974, vol. I.p.

Parte importante de ese presupuesto se destinó a la construcción del Hospital General y del Manicomio General. Estos nosocomios se localizaban en las afueras de la ciudad, y por su carácter monumental ejercían un efecto de demostración sobre el conjunto de la población; consolidaban así la hegemonía del modelo médico curativo que sigue vigente hasta nuestros días.

El Estado porfirista utilizaba los servicios médicos de estos hospitales como una fuente de legitimidad política; sin embargo, fue el modelo de medicina curativa el que obtendría mayor prestigio. En estos centros hospitalarios —particularmente en el Hospital General— nacerán, años más tarde, los institutos nacionales dedicados a diversas especialidades. Asimismo, esta institución se convertiría en un centro de formación de profesionales de la salud.

Interrogante posible

El juego entre un modelo médico de raíz religiosa y el que se deriva de la presencia estatal queda planteado por los autores citados. De manera semejante a lo ocurrido en otros países latinoamericanos, el primer tipo de práctica tenderá a asociarse a la medicina privada, conservando los símbolos, personal y valores de un modelo establecido hace más de cuatro siglos. La medicina estatal y la de seguridad social, por su parte, con su impulso modernizador, secularizan de hecho sus prácticas internas, transformando la organización espacial de sus instituciones, y al personal, pero sobre todo convirtiendo al usuario de sus servicios en un paciente y no en un infortunado depositario de la voluntad divina.

Las transformaciones de ambos tipos de práctica operan sobre la conservación del hospital como centro de gravedad, eje generalizado de un modelo médico definible por su carácter curativo y su voraz empleo de recursos tecnológicos y farmacológicos.

Las fuerzas que condujeron hacia esta situación se inscriben en la conversión de la atención médica en un acto de consumo individual, en el que los servicios asistenciales mantienen la primacía sobre las acciones de salud de aplicación no personal. Pero estas fuerzas también se apoyaron en el decline de la gestión colectiva en materia de salud-enfermedad. Para el modelo

médico cristiano esto era una consecuencia casi obligada de su carácter religioso; salud y enfermedad eran formas alternas de participar en una voluntad extrahumana. Para la práctica estatal las consecuencias de la despolitización de la salud-enfermedad implicó confinar dicho espacio a una decisión supuestamente técnica.

Desde principios de siglo hasta el presente, resulta claro que la medicina estatal primero y la de seguridad social después, lograron atomizar y hegemonizar la atención médica capitalina. Cabe interrogarse entonces, si la hegemonía estatal puede conservar como su base de sustentación el modelo médico hospitalario, dado el carácter despolitizante de su funcionamiento.

Los nuevos problemas de salud urbanos combinan fenómenos hasta ahora limitados con el vertiginoso incremento de otros ya conocidos; contaminación ambiental, enfermedades ocupacionales, violencia y servicios de salud sometidos a presión transnacional, son problemas que, por su naturaleza, no se resuelven ni en el hospital ni con una racionalidad de asistencia individual. Implican una participación colectiva y consiguientemente una democratización de la gestión sanitaria.

Bibliografía

- ASFORDS, Robert A., *The Politics of Health*, Chicago, University of Chicago Press, 1974.
- BANCO MUNDIAL, *Salud*, Banco Mundial, Washington, D.C. 1972.;
- BENÍTEZ, Fernando, *Los primeros mexicanos*, Era, México, 1980.
- BLOCH, Carlos y S. Belmartino, "La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 14, Rosario, 1980.
- CASTELLANOS, Pedro Luis, "Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela", *Revista Latinoamericana de Salud*, Núm. 1, Nueva Imagen, México, 1981.
- COMITÉ DE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD/OPS-OMS, "Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a salud", *Educación Médica y Salud*, 8(4), OPS, 1974.
- COOK Y BORAH, *Essays in Population History, Mexico and the Caribbeans*, vol. 1 Berkley, University of California Press, 1971.
- COPLAMAR, "La salud en México, situación actual y perspectivas al año 2000". Presidencia de la República, México, 1982.
- CORDEIRO, Hésio y H. Zavaleta, "Análisis de la práctica médica actual en América Latina", *Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 13, Costa Rica, 1979.

- CORDEIRO, Hésio, *A indústria de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- CHAUVENET, Antoinette, "Biología y gestión de los cuerpos", *Discurso biológico y orden social*, México, Nueva Imagen, 1980.
- CHÁVEZ, Ignacio, *La cultura médica en México y la cultura*, México, SEP, 1961.
- DONNANGELO, Cecilia, *Medicina e sociedade*, São Paulo, Pioneira, 1975.
- FASLER, Clara, "Política sanitaria de la junta militar chilena (1973-1980)", *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, México, 1982.
- FOUCAULT, Michel, *Les Machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Bruxelles, Pierre Mardaga éditeur, 1979.
- FREIDSON, Elliot, "The Organization of Medical Practice", en *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliff, N.J. Prentice Hall, 1963.
- _____, *The Profession of Medicine*, New York, Dodd Head & Co., 1970.
- FRENK, Julio, *et al.*, "El internado médico en México", *Reportes de Investigación*, DCBS, UAM Xoch., México, 1980.
- GARCÍA, Juan C., "Crecimiento y transformación de la medicina estatal", *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 1 y 2, México, Nueva Imagen, 1981-1982.
- GONZÁLEZ Navarro, Moisés, *Población y sociedad en México (1900-1970)*, México, DCP, 1974.
- HEALTH/PAC, *The American Health Empire*, New York, Random House, 1970.
- ILLICH, Ivan, *Némesis Médica, la expropiación de la salud*, México, Joaquín Mortiz, 1979.
- KNOWLES, John, *Doing Better and Feeling Worse*, New York, Norton and Co., 1977.
- LAIN ENTRALGO, Pedro, *La historia de la medicina a través de la historia clínica*, Barcelona, Salvat, 1950.
- LAUREL, Asa, *La investigación epidemiológica en América Latina*, Cuenca, Ecuador, 1983 (a publicarse próximamente por la OPS/OMS).
- LÓPEZ ACUÑA, Daniel, *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI, 1980.
- LUZ T., Madel, *As instituições médicas no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- MALVIDO, Eisa, "Cronología de epidemias y crisis agrícolas" E. Florescano y Eisa Malvido (comp.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, T. I y II, Colección Salud y Seguridad Social, IMSS, México, 1982.
- MECHANIC, David, *Public Expectations and Health Care*, New York, Wiley Interscience 1972.
- MENÉNDEZ, Eduardo, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de las enfermedades en Yucatán*, CIESAS, México, Casa Chata, 1981.

- MURIEL, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, T. I y II, México, Jus, 1960.
- NAVARRO, Vicente, *La crisis del sistema occidental de medicina*, Madrid, Ayuso, 1979.
- OPS/OMS, *Plan Decenal de Salud en las Américas*, Documento Oficial 118, Washington, 1973.
- O'GORMAN, Edmundo "Reflexiones sobre la distribución urbana colonial de la ciudad de México", XVI Congreso Internacional de Planificación, México, 1938.
- PARSONS, Talcott, "El sistema social", *Revista de Occidente*, Madrid, 1966.
- SANCHEZ A., Nicolás, *La población en América Latina. Desde los tiempos precolombinos hasta el 2000*, Madrid, Alianza Editorial, 1973.
- VENEGAS RAMÍREZ, Carmen, *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España*, México, SEP/INAH, 1973.
- WAITSKIN, Howard y B. Waterman, *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, México, Nueva Imagen, 1981.
- WESSEN, Albert, "Hospital Ideology and Communication Between Ward Personnel", *Patients, Physicians and Illness*, E. Gartly Jaco (ed.) Illinois, The Free Press, 1958.
- WILSON, Robert, "Teamwork in the operating room", *Human Organization*, vol. 12, Winter, 1954.

