

# SENTIDO Y FORMAS DEL CAMBIO



SILVIA INÉS MOLINA Y VEDIA DEL CASTILLO  
ADOLFO SÁNCHEZ ALMANZA

*Coordinadores*



Universidad Nacional Autónoma de México  
2017

Esta investigación, arbitrada a “doble ciego” por especialistas en la materia, se privilegia con el aval de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

Este libro fue financiado con recursos de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el marco del Proyecto “Las formas del cambio” coordinado por la Dra. Silvia Inés Molina y Vedia del Castillo, y el Dr. Adolfo Sánchez Almanza, como parte del programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, PAPIIT RG300216.

*Sentido y formas del cambio*

Silvia Inés Molina y Vedia del Castillo y Adolfo Sánchez Almanza  
Coordinadores.

Primera edición: 05 de diciembre de 2017

Reservados todos los derechos conforme a la ley.

D.R. © 2017 Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, CDMX.

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Circuito “Maestro Mario de la Cueva” s/n, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, CDMX.

Oficina del Abogado General  
Dirección General de Asuntos Jurídicos  
ISBN: 978-607-30-0123-6

Diseño de portada: Ricardo Emilio Rojas Castro

“Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales”.

# Contenido

## INTRODUCCIÓN

Hacia la transdisciplina: sentido y formas de leer e interpretar el cambio . . . . . 9

### PRIMERA SECCIÓN: RESISTENCIA Y DISOLUCIÓN DEL CAMBIO

1. Los cambios en la recaudación del predial. Una referencia al municipio . . . . . 23  
de Guasave, Sinaloa. 2006-2011
2. Procesos de cambio en escuelas multiétnicas en la Ciudad de México.  
Un estudio de siete casos de interculturalización escolar . . . . . 43

### SEGUNDA SECCIÓN: CAMBIOS EVOLUTIVOS

3. El cambio espacial de las empresas manufactureras y su impacto  
en la competitividad de las entidades federativas . . . . . 69
4. La relación entre Estado y política en México. Cambios, continuidades y... . . . . 105
5. Ciudades y evolución: Cambios en el tamaño poblacional de la ZMCM  
entre 1900 y 2010 . . . . . 131

### TERCERA SECCIÓN: ASPECTOS COMUNES EN LA OBSERVACIÓN DE DIVERSAS FORMAS DE CAMBIO

6. El cine mexicano del siglo XXI (2000-2016). Cambio y realidad socio-política  
e ideológica-cultural, lo obtenido y lo necesario . . . . . 151
7. Patrones de cambio en la industria chiapaneca de alimentos y bebidas . . . . . 183
8. Localización de los servicios salud y subcentralidad urbana  
en la Ciudad de México . . . . . 219

CUARTA SECCIÓN: CAMBIOS DE ESTADO

|   |     |
|---|-----|
| 9. Cambio en la estructura de las relaciones comunicativas de los familiares de los 43 estudiantes desaparecidos en Ayotzinapa . . . . .                      | 237 |
| 10. La revista científica en proceso de cambio: ¿impresa o digital? . . . . .   | 259 |
| 11. Cambios en la concepción de los videojuegos. Del videojuego de ocio a un objeto de estudio serio . . . . .  | 277 |
| 12. De tribu Seri a Nación <i>Comca'ac</i> . El pueblo que cambio para seguir siendo igual... pero diferente . . . . .  | 295 |
| 13. Cambios y repercusiones de los patrones migratorios a inicios del siglo XXI. Las movilidades humanas en el contexto de la globalización . . . . .         | 329 |
| 14. Gestión del cambio en la Universidad Estatal de Sonora (UES) y su impacto en los indicadores institucionales (2004-2015) . . . . .                        | 345 |
| 15. Cambios en la estructura de los roles de género en el proceso migratorio. El caso de las mujeres inmigrantes de origen latino en Estados Unidos . . . . . | 367 |

CONCLUSIONES

|  |     |
|--|-----|
| Las formas del cambio, un camino de investigación hacia la transdisciplina . . . . . | 387 |
|--|-----|

|                    |     |
|--------------------|-----|
| GLOSARIO . . . . . | 399 |
|--------------------|-----|

## CAPÍTULO 8

### Localización de los servicios salud y subcentralidad urbana en la Ciudad de México

*Carlos Galindo-Pérez<sup>1</sup>*

#### Introducción

**P**ara iniciar con este capítulo se invita al lector a seleccionar un evento, que a su criterio, haya provocado o provoque cambios en el conjunto de la estructura urbana de la Ciudad de México ¿Listo? Casi con total seguridad, la elección se refirió a algún fenómeno disruptivo de alto impacto, como lo fue el sismo del 19 de septiembre de 1985 o algún proceso orgánico, como la construcción de nueva infraestructura o equipamiento urbano (público o privado), tal fue el caso del complejo comercial y residencial Santa Fe, lo son los segundos pisos o lo será la construcción de la nueva terminal del aeropuerto. Dicha selección está más que justificada por su dimensión, alcance y la visualización de importantes cambios espaciales, sociodemográficos y económicos.

No obstante, hay otros fenómenos y procesos de diferente alcance, pero que sin duda alguna también han impactado en el conjunto de la estructura urbana de la Ciudad de México; la referencia es en este caso a la localización de los servicios de salud. Su impacto es tal, que por sí mismos estos servicios han generado su propia centralidad metropolitana, a partir del patrón de localización centro-periferia de las clínicas y hospitales, diferenciado por el nivel de atención médica.

Pero este patrón de localización no se configuró espontáneamente, se requirió tiempo, así como la concatenación de diversas coyunturas y la participación de múltiples agentes sociales, económicos y políticos. El objetivo de este capítulo es identificar la temporalidad de esas coyunturas (fases) y reconocer algunos de los

---

<sup>1</sup> Técnico Académico Titular “B, definitivo, Tiempo Completo, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. Doctor en Urbanismo, SIN “C”. Correo electrónico: carlosgp@comunidad.unam.mx

principales agentes involucrados y sus relaciones, para comprender los elementos generales del proceso de cambio del patrón de localización de los servicios de salud en la Ciudad de México.

La metodología recurre a una revisión historiográfica para situar temporalmente y entender cómo la localización de los servicios de salud fue modelada (y a la vez modeló) por el diseño y la funcionalidad de la estructura urbana de la Ciudad de México. El resultado fue la formación y consolidación de una subcentralidad metropolitana que define un patrón centro-periferia de la movilidad cotidiana de la población en su búsqueda de servicios de salud.

### Los conceptos

A los conceptos guía del conjunto de este libro se suman los específicos para este capítulo. En primer lugar está el concepto servicios de salud, que desde el derecho a la protección de la salud se conciben como las acciones que se realizan en beneficio del individuo y la sociedad en su conjunto, en materia de protección, promoción y restauración de la salud. Y por tipo, estos servicios –acciones– se clasifican en: i) de atención médica; ii) de asistencia social; iii) de salud pública (SPP, 1985-V14: 26-27; SHCP, 2000-V14: 502-503).

Los servicios de salud para la atención médica se dirigen al individuo (acciones particulares) con énfasis en el primer nivel de atención. La asistencia social se enfoca a grupos vulnerables (acciones focalizadas); por ejemplo, menores en estado de abandono, ancianos desamparados o indigentes, para tratar de incorporarlos a una vida equilibrada en lo económico y social. Los servicios de salud pública promueven la salud del conjunto de la población (acciones colectivas), a fin de reducir la incidencia de los factores que la ponen en peligro (SPP, 1985-V14: 43-44).

Estrechamente relacionado con lo anterior se encuentra el concepto de equipamiento para la salud. Si los servicios de salud son acciones, el equipamiento para la salud se refiere al soporte material con que se dota a la(s) ciudad(es) para llevar a cabo esas acciones. Por tanto, acorde con el objetivo de este capítulo, se analizará el cambio del patrón de localización del equipamiento para la atención médica en la Ciudad de México, que en este caso son las unidades hospitalarias. Así, cuando se mencione a los servicios de salud, se estará haciendo referencia al equipamiento en donde se realiza la acción de la atención médica y no a la acción por sí misma.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Por tanto, el análisis de los servicios de salud para la asistencia social y de salud pública no forman parte del contenido de este capítulo.

El siguiente concepto es el de estructura, que para la Real Academia Española<sup>3</sup> es la disposición y modo en que se relacionan las distintas partes de un conjunto. Utilizado en forma compuesta como estructura urbana, se refiere a la disposición territorial de las diferentes actividades (las partes) que la sociedad realiza en una ciudad (el conjunto), por lo que el lugar específico donde esas actividades son realizadas determina el uso del suelo, así como su especialización económica (modo de relacionarse).

Al asociar el concepto servicios de salud con el de estructura urbana, se busca analizar la localización de las clínicas y hospitales en la Ciudad de México en función de su nivel de atención (especialización médica), lo que resulta en un determinado patrón territorial de distribución.

Otros dos conceptos a utilizar son factor de localización y lógica locacional. El primero es el beneficio (cuantitativo o cualitativo) que se obtiene, o la reducción en costos (operativos o monetarios) que se logra, por situar una actividad económica en un lugar determinado. El segundo es la decisión racional que se toma con base en la consideración de factores de localización, para situar una actividad económica en un lugar determinado.

Es fundamental reconocer los factores de localización que subyacen en las lógicas locacionales que determinaron la ubicación del equipamiento para la atención médica, para comprender los cambios del patrón de localización de los servicios de salud en la estructura urbana de la Ciudad de México. En síntesis, a partir de reconocer la temporalidad de las fases de cambio y los principales agentes involucrados y sus relaciones, se entenderá la actual disposición territorial de los servicios de salud que llevó a conformar una subcentralidad metropolitana.

### **Localización de clínicas y hospitales: temporalidades, coyunturas, agentes y cambios**

#### *Los orígenes del equipamiento para la atención médica*

La primera temporalidad reconocida abarca un período de poco más de tres siglos, desde la época de la Nueva España, hasta mediados del siglo XIX. Un primer elemento debe considerarse: debido a que los españoles peninsulares y los criollos acaudalados en caso de enfermedad recibían la atención médica en su casa, los hospitales se fundaban para atender a enfermos pobres y sólo recibían a personas adineradas mediante pago directo (Muriel, 1960: 265; Sánchez-Uriarte, 2010: 82).

<sup>3</sup> <http://dle.rae.es/?id=H0r0IKM>, Fecha de la consulta: 4 de julio, 2016.

Por otra parte, los agentes que financiaron la construcción de los hospitales fueron precisamente algunos particulares acaudalados, pero sobre todo la Corona española y el agente encargado de vigilar su construcción, administrarlos y atenderlos, fue la iglesia católica<sup>4</sup> (López-Acuña, 1980: 101-102; Rodríguez-Pérez y Rodríguez-de Romo, 1999: 191-192), razón por lo cual los hospitales se situaron junto a las iglesias y representan la obra por excelencia de la misión evangelizadora (Muriel, 1956: 48).

El hecho de que la iglesia fuera la apoderada de los hospitales condicionó que la atención médica que se brindaba durante esa época estuviera bajo la visión del ideal cristiano de dádiva o caridad religiosa,<sup>5</sup> con la que se ayudaba a los enfermos a “bien morir” y no propiamente al restablecimiento de la salud (Muriel, 1960: 265; Fajardo, 1980: 15; 2003: 20,28).

En cuanto a la lógica locacional para ubicar los hospitales, se tomó a partir de una clara percepción del riesgo. Si el tipo de enfermedad(es) que el hospital trataba no se consideraba(n) peligrosa(s) para el conjunto de la población, se decidía su localización en el interior de la ciudad. Pero si la enfermedad era altamente contagiosa y mortal, se decidía alejar el hospital lo más posible para evitar el contacto con los enfermos o sus residuos. Por tanto, el factor de localización o beneficio que se obtuvo de esta localización fue evitar las epidemias y reducir la mortalidad de la población.

Entre los ejemplos de aplicación de esta localización diferencial está el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora (actualmente Hospital de Jesús) (1523-1524), en pleno centro de la Ciudad de México y a unos cuantos metros de la Catedral Metropolitana; y el Hospital de San Lázaro (1572), reservado para atender a enfermos de lepra, en la zona oriente que hoy en día conserva el nombre (Rodríguez-Pérez y Rodríguez-de Romo, 1999: 192) y que para la época era una zona periférica alejada a pesar de estar sólo a 1,800 metros del zócalo.<sup>6</sup> Otro tipo de factores que propiciaron esta localización se reconocen principalmente en: 1. El alcance de la ciencia médica del momento que desconocía inmunológicamente las enfermedades. 2. La administración sanitaria que estaba impedida para aislar la enfermedad y evitar las epidemias.

<sup>4</sup> En caso de que un particular pretendiera fundar un hospital, necesitaba la licencia del Virrey y los obispos; y a partir del 17 de mayo de 1591 (y durante los siglos XVII y XVIII) fue requisito indispensable obtener una licencia real (Muriel, 1960: 264).

<sup>5</sup> Esta caridad posee tres motivaciones principales: 1. la dádiva como acto de redención; 2. un derroche para mostrar *status* económico; 3. una real intención de mejorar las condiciones de vida de las personas (Fierros, 2014: 196).

<sup>6</sup> Este Hospital de San Lázaro fue construido originalmente entre 1521-1524 en la zona de Chapultepec, pero se decidió clausurarlo en 1528 (Rodríguez-Pérez y Rodríguez-de Romo, 1999: 192). Después de su reubicación y reapertura, se clausura definitivamente en 1847 (Muriel, 1960: 290).



Como resultado de esta lógica locacional, se colocaron los cimientos de un patrón de localización hospitalario centro-periferia. Con una mayor comprensión de los niveles de mortalidad, que de los niveles de atención médica, en el centro se ubicaron los hospitales para atender las enfermedades frecuentes y de bajo riesgo, y en la periferia se establecieron los hospitales para aislar (más que para curar) las enfermedades complejas o mortales.

Debido a que los hospitales se encontraban bajo el control de la iglesia, éstos se reconocían como parte de una institución religiosa, por lo que un primer intento por generar un cambio fue a partir de la conversión de los hospitales a institución laica.

En España, con la *Constitución Española* de 1812 comenzó un proceso de secularización de los hospitales, ya que en ésta se declara la intención de convertir la institución hospitalaria en una institución laica, mediante el traspaso de su administración a los ayuntamientos. Posteriormente, con el *Decreto de las Cortes* de 1820 se declara la supresión definitiva de las órdenes hospitalarias (aplicada en la Nueva España en 1821) (Muriel, 1960: 283).

En México, el cambio se inició con la promulgación en 1833 del primer *Código Sanitario* en el país, que se materializó en 1841 con la creación del Consejo de Salubridad bajo la jurisdicción del Ayuntamiento de la Ciudad de México. Una de las atribuciones de este Consejo fue supervisar el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios entre los que se incluían los hospitales<sup>7</sup> (Kumate, 2001: 81).

El evento que aceleró el cambio (sin alterar la forma del patrón de localización) al socavar el control que la iglesia católica ejercía sobre la construcción y administración de los hospitales, fue la promulgación el 5 de febrero de 1857 de una nueva constitución en México que estableció en su Título I, Sección I, Artículo 27:

Ninguna corporación civil o eclesiástica, cualquiera que sea su carácter, denominación u objeto, tendrá capacidad legal para adquirir en propiedad o administrar por sí bienes raíces, con la única excepción de los edificios destinados inmediata y directamente al servicio u objeto de la institución.<sup>8</sup>

Con el respaldo de esta nueva legislación, la etapa en que la iglesia católica asumió el rol de principal promotora de la atención médica llegó a su término (Kumate, 2010: 155), ya que las edificaciones hospitalarias que administraba, al no estar destinadas

<sup>7</sup> Otras de sus atribuciones fue vigilar la enseñanza y el ejercicio de la medicina, fomentar la higiene y vigilar la aplicación de vacunas.

<sup>8</sup> Este artículo toma como base la *Ley de Desamortización o Ley Lerdo* (propuesta por el presidente Ignacio Comonfort) del 25 de junio de 1856, que buscó desamortizar las fincas rústicas y urbanas de las corporaciones civiles y religiosas de México.

directamente a la función específica de la institución (oficios religiosos o de culto), pasaron (al menos nominalmente) a formar parte del Estado.

Para reforzar este cambio, algunos años después, concretamente el 2 de febrero de 1861, se promulgaron las *Leyes de Reforma* a partir de las que se decretó en el artículo primero la secularización de los hospitales y los establecimientos de beneficencia.<sup>9</sup> Con este respaldo legal, el Estado mexicano logró finalmente el control de los hospitales e inhabilitó a la iglesia como agente urbano capaz de influir en la morfología, diseño y funcionalidad de la estructura urbana de la Ciudad de México.

Otro cambio derivado de este reemplazo de la iglesia por el Estado fue la visión con la que se brindó la atención médica en los hospitales, la cual pasó de concebirse como una caridad, a reconocerse como un acto de beneficencia (Fajardo, 1980: 50; 2003: 21); es decir, ya no se proveía el servicio como una dádiva religiosa con la que se ayudaba a “bien morir”, sino como un apoyo o donativo por parte del Estado con el que se buscaba restablecer la salud del enfermo.

Este cambio de visión significó para el Estado ocuparse de la construcción de nuevos hospitales y administrar los ya existentes, con apoyo y presupuesto proveniente de la Federación. En respaldo a esta labor, en 1861 se creó la Dirección General de Beneficencia Pública<sup>10</sup> encargada de inspeccionar el funcionamiento de los hospitales (Vera y Pimienta, 2001: 96-97) y en enero de 1877 se estableció la Dirección de Beneficencia Pública que independizó definitivamente la beneficencia de los ayuntamientos (Muriel, 1960: 306).

Ya durante el Porfiriato y bajo la premisa de federalizar la beneficencia, se permitió a mexicanos recién llegados de Francia a participar en la planeación de hospitales, según los adelantos alcanzados por la medicina europea y su concepción hospitalaria; se obtuvieron tales logros, que la Dirección de Beneficencia Pública en 1881 pasó a depender directa y financieramente de la Secretaría de Gobernación (*op. cit.*, 307).

En 1891 se expidió el segundo *Código Sanitario*<sup>11</sup> del que derivó el Consejo Superior de Salubridad (que sustituyó al Consejo de Salubridad), dependiente de la Secretaría de Gobernación (ya no del Ayuntamiento de la Ciudad de México), por lo que se convirtió en un organismo federal dedicado a atender los problemas de salud pública que enfrentaban al país en general y la capital en particular (Kumate, 2001: 81).

<sup>9</sup> Además, tomó el control de los panteones, los orfanatos y el registro civil.

<sup>10</sup> Para autores como Dromundo (1957: 157-158) destaca a tal grado la intervención de la beneficencia, que la etapa de 1867 a 1876 constituye su período más prolífico en la Ciudad de México, al reducirse significativamente la insalubridad mediante el combate al hacinamiento, el cierre de casas de matanza (rastros), la regulación (y clausura) de panteones, limpieza de muladares, así como la designación de lugares fuera de la ciudad para la quema de basura (servicios de salud pública).

<sup>11</sup> Este Código se actualizó en 1902.

Más allá de la creación de direcciones y consejos, uno de los factores de localización de mayor trascendencia que ayudará a comprender la configuración del actual patrón de localización de clínicas y hospitales, es el decreto de creación del Distrito Federal, del 15 y 17 de diciembre de 1898, a partir del cual se fijaron la extensión y los límites de la ciudad capital. Esta delimitación territorial influiría en la futura localización no sólo de los servicios de salud, sino del conjunto de servicios urbanos en la Ciudad de México.

Por otra parte, a principios del siglo XX, con la aplicación de los avances en medicina y la administración sanitaria provenientes de Europa, en la Ciudad de México se construyen e inician labores diferentes hospitales, pero entre todos el más destacado fue el Hospital General de México (inaugurado el 5 de febrero de 1905) en una zona deshabitada a 3.2 kilómetros del centro de la ciudad, para evitar el contacto entre la población y los desechos generados.

Aunado a los avances en la ciencia médica que habían logrado conquistar enfermedades consideradas incurables (lo que elevó la confianza en los hospitales), este inmueble generó un cambio en la percepción social de la institución hospitalaria. Durante la etapa en que la iglesia tuvo bajo su control los hospitales, éstos se asociaban con pobreza, enfermedad y defunción; el Hospital General, debido a su modernidad, contribuyó a modificar esa percepción y a relacionar el hospital con progreso, atención médica y recuperación de la salud. Espacialmente, el emplazamiento de este hospital representa la ubicación del centro geográfico de salud a partir del cual se consolidaría el patrón territorial de localización hospitalario del centro hacia la periferia de la Ciudad de México.

### Los servicios de salud en período de reconstrucción, 1917-1943

Un evento que alteró la situación y promovió otro cambio, fue el estallido de la Revolución Mexicana (1910-1920), ya que durante el período de enfrentamiento la construcción de hospitales fue cancelada y el cuidado y la administración de los ya existentes fue relegada, lo que provocó el cierre de varios hospitales y sólo se consideró construir nuevos hasta el fin de las hostilidades<sup>12</sup> (Fajardo, 1980: 75).

En medio de la pugna revolucionaria se decretó el 5 de febrero de 1917 una nueva constitución, que en su Artículo 123 reconoció tres derechos elementales de los ciudadanos mexicanos: i) el derecho individual al trabajo; ii) el derecho para la

<sup>12</sup> Pese al impacto, en el mismo año de 1910 se funda en México la Cruz Roja, institución que tuvo una activa participación ofreciendo atención médica durante el conflicto armado (Kumate, 2010: 157).

adecuada protección de mujeres y menores; y *iii*) el derecho a la asistencia social. Y en el primer párrafo del Artículo 4° quedó asentado de manera textual:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Esta nueva constitución generó un cambio de fase que se detecta con la creación en el mismo año de 1917 del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, este último designado por el gobierno federal como la autoridad responsable en materia de salud (Gómes-Dantés *et al.*, 2011: 224).

También en 1917 se decretó la *Ley de Organización del Distrito Federal y Territorial Federal*, con la que se decidió enfrentar la desorganización imperante en la ciudad y que se convertiría en un factor de localización determinante para decidir la ubicación de los servicios urbanos en general y de los servicios de salud en particular.

Hacia 1922 se creó la Comisión Ejecutiva Sanitaria del Distrito Federal, para promover el cumplimiento constitucional de dotar de servicios de salud (Martínez Narváez, 2013: 40). Y en 1926 se promulgó el *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*<sup>13</sup> sustentado en la plataforma constitucional de 1917 (López-Hermoso, 2000: 168).

Por otra parte, ante el crecimiento constante de la naciente burocracia gobernante y para satisfacer sus demandas de servicios de salud (además de préstamos y pensiones), en 1925 se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro (Cabrera, 2011: 31).<sup>14</sup> Pero a pesar de la creación de direcciones, comisiones, consejos y la promulgación de leyes para cumplir el decreto constitucional de que la población accediera a los servicios de salud, debido al impacto del movimiento revolucionario en la economía nacional y la ausencia de divisas, no fue posible concretar el objetivo planteado. Como consecuencia, la beneficencia tanto pública como privada (herencia de la etapa previa) se mantuvo a cargo de la atención médica; el Estado sólo se ocupó de promover campañas de saneamiento contra enfermedades como el paludismo y la fiebre amarilla, entre otras (López-Rosado, 1979: 385).

Ya en el México posrevolucionario, la prioridad fue aquietar las diferentes facciones que contendían entre sí por dirigir el Estado y encauzarlas en una sola fuerza política, lo que dio origen en 1929 a la fundación del Partido Nacional Revolucionario

<sup>13</sup> Sustituyó al *Código Sanitario* de 1902.

<sup>14</sup> Esta dirección se considera el antecedente de lo que más tarde se constituiría como el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) (Martínez Narváez, 2013: 55; Soberón, 2006: 545-546).

(PNR),<sup>15</sup> por su parte, las necesidades en salud (entre éstas la construcción de hospitales) y otros pendientes sociales fueron relegados (Perló y Moya, 2003: 197-199).

Una vez instituido el sistema político unipartidista, se comenzó a impulsar la economía nacional y a prestar atención a las necesidades sociales básicas. En 1931 inició uno de los cambios más notorios en los medios públicos y privados: se substituyó el término beneficencia por el de asistencia social. Con este cambio se reconoció como un deber del gobierno (en corresponsabilidad con la sociedad misma), asistir médicamente a la población para la recuperación de la salud; comenzó así el relevo del modelo de ayudar al necesitado o al enfermo como un acto voluntario a través de donativos (beneficencia), por un nuevo modelo basado en la asistencia social<sup>16</sup> (Fajardo, 1980: 75-76; 2003: 21).

Para Blanco y Sáenz (1994), la noción de asistencia social aporta elementos analíticos para interpretar conceptualmente la relación entre espacio urbano y salud, ya que en México, debido a la consolidación posterior al movimiento revolucionario de un Estado Benefactor con tendencia centralizadora, la política de proporcionar servicios urbanos a la población ha estado ligada estrechamente al ideal de la asistencia social, sin la cual difícilmente puede concebirse la dotación de infraestructura y equipamiento en las ciudades mexicanas.

Por otra parte, uno de los principales factores locacionales de tipo político-administrativo que ayuda a comprender la ubicación del equipamiento para la atención médica, es el decreto de supresión del sistema municipal<sup>17</sup> en el Distrito Federal del 31 de diciembre de 1928, y la conformación de un nuevo mapa político: 13 delegaciones más un departamento central que constituyeron la base de la organización político-administrativa y de la delimitación territorial de la Ciudad de México<sup>18</sup> (DOF: 31 de diciembre de 1928).

Esta decisión de delimitar política y territorialmente la Ciudad de México tendría un impacto permanente en las decisiones de localización de los hospitales, ya que la ciudad capital sería la entidad político-administrativa con los mayores privilegios

<sup>15</sup> En 1938 se renombraría Partido de la Revolución Mexicana (PRM) y en 1946 Partido Revolucionario Institucional (PRI).

<sup>16</sup> Para autores como Krauze (1997: 27), fue hasta el siglo XX cuando el Estado liberal (emanado del movimiento revolucionario) tomó las riendas (en ocasiones con una tendencia claramente monopólica) de ámbitos como la salud y la asistencia pública.

<sup>17</sup> Con la supresión del municipio, se impulsa la formación del Departamento del Distrito Federal (DDF) gobernado por un Jefe de Departamento (Regente) designado por el Presidente de la República; es decir, se busca extender el poder presidencial al Distrito Federal.

<sup>18</sup> Para 1934 se anexaría la Delegación Gustavo A. Madero y para 1970 el Departamento Central se dividiría en las delegaciones: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza (Rodríguez-Kuri, 2012: 425).

en cuanto a la dotación de equipamiento para la atención médica de las diferentes instituciones de salud que estaban por nacer.

Para 1937, se crea la Secretaría de Asistencia Pública, cuyo objetivo fue agrupar y desarrollar una red hospitalaria gubernamental para proporcionar asistencia médica a toda la población del país (Gómez-Dantés *et al.*, 2011: 224; Soberón, 2006: 544). Para la siguiente década, ya consumada la expropiación petrolera, así como el reparto agrario y con el proyecto en marcha de comenzar a estimular el proceso de industrialización del país, el Estado se interesa por la salud pública bajo un esquema de reproducción de fuerza de trabajo, que coincidió con las demandas obreras en materia de salud.

### Un patrón territorial concentrado de clínicas y hospitales, 1943-1970

El sistema político unipartidista que derivó del movimiento revolucionario, para poder consolidarse, requirió el respaldo del naciente y creciente sector industrial, por lo que cediendo a sus presiones y con base en la *Ley del Seguro Social* expedida el 31 de diciembre de 1942, se decide fundar una institución de salud al servicio de los trabajadores denominada Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (DOF, 19 de enero de 1943).<sup>19</sup>

Con la creación de este instituto, México siguió los lineamientos internacionales de promoción de la seguridad social para los trabajadores y la construcción de modernos hospitales (Gudiño *et al.*, 2013: 90); además, se propició un nuevo cambio de fase, al sustituir la visión asistencial del período anterior por una visión de seguridad social con la que se buscó suprimir el aspecto de caridad oficial con la que se proveían los servicios de salud para la atención médica (Cuadro 1).

También la fundación del IMSS promovió (sólo algunos meses después de iniciar funciones) la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia<sup>20</sup> (SSA) por la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública (el 15 de octubre de 1943) (Gómez-Dantés *et al.*, 2011: 224). Con la SSA se procuró evitar las manifestaciones de inconformidad por parte de la población no asegurada, aunque los servicios eran inferiores en calidad y cantidad debido a la restricción del presupuesto, en comparación con el recién creado IMSS (Brachet, 2010: 186-187). Y

<sup>19</sup> Se comienza a implantar así un modelo de seguridad social semejante al que en las décadas de 1920 y 1930 comenzaron a instituir países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay (Cabrera, 2011: 23).

<sup>20</sup> El 21 de enero de 1985, la SSA pasaría a transformarse en la Secretaría de Salud (SSa) (López Hermoso, 2000: 167).

para fortalecer a la SSA, por decreto el 28 de octubre de 1952, el Hospital General de México pasó a formar parte de su red de hospitales (DOF: 28 de octubre de 1952).

**CUADRO 1**  
**Modelos dominantes de dotación de equipamiento para la atención médica en la Ciudad de México**

|                | 1521                                     | 1857  | 1917   | 1943   |
|----------------|--|---|--|--|
| Visión         | Caridad                                  | Beneficencia  | Asistencia social  | Seguridad social   |
| Enfoque        | Dádiva religiosa                         | Acto voluntario   | Apoyo asistencial  | Atención al proletariado industrial y a la burocracia estatal        |
| Misión/Visión  | Ayudar a bien morir                      | Atender la salud como expresión extrema de los males sociales | Apoyo para mantener y recuperar la salud   | Procurar la salud del trabajador para no afectar la productividad    |
| Financiamiento | Corona española y personajes acaudalados | Donativos por parte del Estado y particulares                 | Corresponsabilidad del Estado y la sociedad a través de aportaciones directas o indirectas | Recursos federales, locales y obrero/patronales                      |
| Administrador  | Iglesia                                  | Organismos de beneficencia pública y privada                  | Consejo de Salubridad General y Departamento de Salubridad Pública                         | Instituciones de salud federales y locales de modalidad programática |

Elaboración propia con base en: Brachet, 2010; Fajardo, 1980; Kumate, 2010; López-Acuña, 1980; López Hermoso, 2000; López-Rosado, 1979; Martínez-Narváez, 2013; Muriel, 1956, 1960; Rodríguez y Rodríguez-de Romo, 1999; Sánchez-Uriarte, 2010; Vera y Pimienta, 2001; Zertuche, 1980.

En cuanto a las decisiones de localización del equipamiento para la atención médica por parte de ambas instituciones (IMSS y SSA), fue notoria la preferencia por ubicarlo al interior de la Ciudad de México, y aunque la SSA decidió situar algunas de sus clínicas en zonas periféricas, mantuvo un absoluto respeto a los límites físicos y administrativos del Distrito Federal. Uno de los factores locacionales que favorecieron esta ubicación urbana concentrada y centralizada, fue el avance en la ciencia médica y la administración sanitaria (por ejemplo, la aplicación de métodos asépticos y la división de hospitales en pabellones por especialidad médica, así como el uso de la penicilina).<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Aunque su descubrimiento data de 1928, la penicilina llegó a México hasta 1944, lo que cambió radicalmente la terapéutica médica (Martínez Narváez, 2013: 49).

Por otra parte, uno de los factores exógenos más importantes que influenciaron el diseño y la construcción de los hospitales fue el denominado *Informe Flexner* de 1910, a partir del que se establecieron las condiciones y directrices para formar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud y que también incidió en la clasificación de los hospitales (Narro, 2004). Bajo su influencia, en 1918 inició en Estado Unidos el Movimiento de Estandarización de Hospitales a partir del cual se definió el “estándar mínimo” de requerimientos para el cuidado del enfermo, y se establecieron los fundamentos para comenzar a clasificar los hospitales en función de su capacidad y especialización médica por nivel de atención (Turnes, 2009: 81).

Aunque la influencia tanto del *Informe Flexner* como del movimiento de estandarización llegó con retardo al país, los fundamentos para clasificar los hospitales por nivel de atención generaron un cambio importante en el patrón de localización de los servicios de salud. El Proyecto de Inversiones del Gobierno Federal y Dependencias Descentralizadas para el período 1947-1952 en su Sexta División: Administración Pública, es un claro ejemplo, ya que a partir de este proyecto se inauguraron en el Distrito Federal los Hospitales Generales Gabriel Mancera (1948) y Dr. Gaudencio González Garza (1952) (ambos del IMSS). El primero con una localización centralizada y el segundo en el limítrofe de las delegaciones Azcapotzalco, Cuauhtémoc y Gustavo A. Madero.

Si la decisión de localización de este último hospital fue periférica para la época, conforme se expandió físicamente la Ciudad de México, se transformó en una localización (y futura aglomeración) centralizada, ya que casi dos décadas más tarde se crearía el complejo médico La Raza. Estas decisiones de localización ayudan a explicar por qué durante la década de 1940, pero sobre todo de 1950, la distribución de los servicios médico-sanitarios fue principalmente urbana (Gudiño *et al.*, 2013: 90).

Uno de los factores locacionales de tipo de político más importantes para comprender la localización del equipamiento para la atención médica en la Ciudad de México, es la designación en 1952 de Ernesto P. Uruchurtu como regente del Distrito Federal.<sup>22</sup> El sello característico de la administración del regente Uruchurtu fue la imposición y el respeto absoluto tanto a los límites político-administrativos como físicos de la ciudad, lo que se tradujo en una fuerte restricción a permitir el crecimiento urbano de la Ciudad de México. También fue determinante la tendencia del regente de favorecer territorialmente a las clases medias tradicionales residentes en

<sup>22</sup> Ernesto P. Uruchurtu ocuparía el cargo de regente del Distrito Federal por 14 años seguidos, al ser nombrado por Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958), ratificado por Adolfo López Mateos (1958-1964) y nuevamente ratificado, pero sólo por dos años, durante el sexenio de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970). Su destitución ocurriría el 15 de septiembre de 1966.



el centro de la ciudad, mediante el proyecto de reconstrucción urbana y la dotación de equipamiento, infraestructura y servicios urbanos (Davies, 1999: 190).

Casi dos décadas después del inicio de actividades del IMSS, el 31 de diciembre de 1959, ante el constate crecimiento de la burocracia y del aumento de sus demandas asistenciales, y bajo la premisa de que todo trabajador del Estado debe ser considerado empleado público independientemente de su rango o situación, se aprobó la ley para crear el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (DOF, 1959).

El principal factor locacional a partir del que se decidió la ubicación de las clínicas del ISSSTE durante esta etapa, fue identificar aquellas zonas de la ciudad donde se registraran las mayores aglomeraciones de beneficiarios del instituto; la zona central de la Ciudad de México resultó ser la que correspondió a este criterio. Al igual que el nacimiento casi simultáneo del IMSS y la SSA (1943), un año después del decreto de creación del ISSSTE se anunció en 1960 la creación de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal<sup>23</sup> (DGSMDDF), a la que se le transfirió equipamiento de la SSA y se le asignaron recursos para su funcionamiento autónomo. Con la creación de la DGSMDDF se buscó reducir la carga de la SSA y atenuar las expresiones de inconformidad por parte de la población no asegurada.

Con cuatro instituciones de salud operando, dos de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y dos de asistencia social (SSA y DGSMDDF), en 1961 se inauguraron los dos complejos hospitalarios más grandes del país. Para el IMSS inició actividades el Centro Médico Nacional (ahora Siglo XXI); y para el ISSSTE el Centro Hospitalario 20 de Noviembre.<sup>24</sup>

La localización del Centro Médico Nacional del IMSS se decidió adyacente a la ubicación del Hospital General de México, en un área que originalmente estaba destinada a la ampliación de las instalaciones de la SSA.<sup>25</sup> Por su parte, el Centro

<sup>23</sup> Los antecedentes de la DGSMDDF son los Servicios Médicos de las Comisarias (1909), Servicios Médicos de la Policía (1910), Servicios Médicos de la Cruz Verde (1911) y la Jefatura de los Servicios Médicos Dependiente de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal (1935). Posteriormente se transforma en la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (1960), Dirección General de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (1996), en el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (1997) y finalmente en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (1999) (Castañeda, 2005: 72).

<sup>24</sup> En 1994 este centro hospitalario fue reinaugurado con una nueva clasificación: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

<sup>25</sup> Este complejo originalmente estuvo destinado para la SSA, pero fue traspasado al IMSS y con los recursos obtenidos, se financió la expansión de la SSA a lo largo del país: Se construyeron centros de salud tipo C y hospitales rurales tipo B y D. Esta expansión representa (hasta la fecha), el mayor programa de extensión en cobertura para población abierta por parte del gobierno federal (Martínez Narváez, 2013: 54).

Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE se decidió localizarlo a sólo 4.3 kilómetros de separación de los anteriores complejos médicos. Con estas obras se consolidó la tendencia centralizadora de las decisiones de localización de clínicas y hospitales en la Ciudad de México.

Esta aglomeración del equipamiento de las tres principales instituciones de salud llevó a conformar una subcentralidad metropolitana, a partir de la que se configura un patrón de localización centro-periferia de las clínicas y hospitales, diferenciado por el nivel de atención médica. Al clasificarse los hospitales en función de los tipos de enfermedad a atender, los de tercer nivel se decidió ubicarlos en el centro metropolitano, los de segundo nivel de manera satelital al nivel anterior y los de primer nivel de manera dispersa pero sin alcanzar la periferia.

En 1970 en el IMSS inicia funciones el Centro Médico Nacional La Raza<sup>26</sup> (a partir del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, previamente inaugurado en 1952). También en 1970 para el ISSSTE inició actividades el Hospital Regional Adolfo López Mateos ubicado en Av. Universidad con el cruce del Circuito Interior, lo que deja entrever una intención por “llevar” los servicios de salud más allá del centro tradicional de la ciudad.

En cuanto a la SSA, entre 1965 y 1971 comenzó a realizar la reorganización locacional de sus unidades médicas mediante el cierre de algunas de sus clínicas en la zona central y la inauguración de otras en colonias de bajos ingresos, pero manteniendo un respeto absoluto a los límites político-administrativos del Distrito Federal (Ward, 2004: 338-342), tendencia que se mantuvo vigente durante la década de 1970.

### Recesión económica y dispersión concentrada de clínicas y hospitales, 1970-1982

La siguiente etapa de expansión de los servicios de salud ocurrió en un ambiente de recesión económica, que forzó a implementar una política contraccionista con fuertes recortes al gasto público, acompañada de un proceso de constante endeudamiento con el exterior (Guillén, 1984: 49).<sup>27</sup> Una variable que ayudó a amortiguar los efectos de la recesión económica fue el descubrimiento en 1976, de vastos yacimientos petroleros en el sureste mexicano, las cuales fueron transformados en reservas y

<sup>26</sup> El Complejo Médico La Raza inició funciones con un hospital de Especialidades, uno de Gineco-Obstetricia, uno de Infectología, una Unidad de Consulta Externa de Especialidades y un Banco de Sangre.

<sup>27</sup> Ante la agudización de los problemas económicos, el gobierno mexicano aplicó las siguientes medidas: 1. Solicitó préstamos al extranjero. 2. Utilizó las reservas monetarias. 3. Devaluó el peso (Guillén, 1984: 54).

utilizados para fortalecer la economía nacional frente a las presiones del exterior y estimular el crecimiento a través de incrementar el gasto público.

Bajo estas condiciones de recesión económica y “auge petrolero”, el país registró durante el período 1978-1981 uno de los períodos de crecimiento económico más intensos de la historia, al alcanzar el Producto Interno Bruto (PIB) un crecimiento anual promedio superior al 8% (*op. cit.*). Y es precisamente a partir de este crecimiento que se renueva la política de intervención estatal que se traduce, para el caso de la dotación de equipamiento para la atención médica, en la construcción de hospitales y clínicas de gran escala y alta tecnología que asemejaban “...elefantes blancos que absorben, vorazmente, los escasos recursos públicos que se destinan a la salud en México...” (López-Acuña, 1980: 182).

Así, bajo el patrocinio del auge petrolero, en 1979 se inaugura para el ISSSTE el Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza. Lo que llama la atención de su localización, es la decisión de ubicar por vez primera equipamiento para la atención médica de tercer nivel fuera del centro de la ciudad, concretamente en la zona oriente de la Ciudad de México, en colindancia con municipios de bajos ingresos del Estado de México.<sup>28</sup> Con este hospital, la política de salud daba muestras de revertir la tendencia centralizada de localización del equipamiento para la atención médica.

Si bien se buscó fomentar un proceso de desconcentración, sólo se reprodujo el patrón de concentración territorial a otra escala debido al crecimiento físico de la ciudad, que tendía a expandirse hacia una vasta zona metropolitana. La década de 1980 fue testigo de un proceso de dispersión concentrada de clínicas y hospitales; por ejemplo, el IMSS e ISSSTE construían nuevas clínicas y grandes hospitales para fortalecer su red, pero no mostraban interés (o escaso) en descentralizarse, con base en el argumento (por parte del ISSSTE) de que sus agremiados no eran residentes de zonas periféricas de bajos ingresos (Ward, 2004: 338-342). El resultado de esta política de dotación de equipamiento para la atención médica resultó en una tendencia centralizadora sin cambios apreciables, no obstante la construcción de nuevas instalaciones en la periferia pero distanciadas entre sí.

Ya para la década de 1990, en México comienza a consolidarse un modelo neoliberal que paulatinamente desmantelaría el Estado Benefactor y modificaría el rumbo económico del país en general y del sector salud en particular, al regular y reducir el subsidio de los programas y servicios básicos de salud, a cambio de promover la privatización de la prestación de los servicios de salud.

<sup>28</sup> En 1982 se inauguró junto a este hospital una clínica de medicina familiar y en 2008 una clínica de especialidades.

Después de la revisión historiográfica realizada para situar temporalmente y entender cómo la localización de los servicios de salud fue modelada (y a la vez modeló), por el diseño y la funcionalidad de la estructura urbana de la Ciudad de México, se concluye la formación y consolidación de una subcentralidad metropolitana a partir de la que se configura un patrón territorial de localización centro-periferia de las clínicas y hospitales, diferenciado por el nivel de atención médica.

La formación de esta subcentralidad metropolitana se explica en función de un proceso de cambio que involucró la participación de diversos actores y de múltiples factores de tipo sociodemográfico, económico, tecnológico, epidemiológico, político y territorial. El cambio fue tan radical, que actualmente es posible afirmar que los hospitales son uno de los casos de equipamiento urbano (y tal vez el primero en México), que ha registrado un cambio de localización de 360 grados.

En su origen, los hospitales que trataban enfermedades contagiosas y mortales se localizaban en la periferia de la ciudad, y los que se ocupaban de enfermedades cotidianas, en el interior. En etapas posteriores, conforme la ciudad crece física y poblacionalmente y con el respaldo de los avances en medicina y control sanitario, los hospitales para atender enfermedades complejas (tercer nivel) se localizan en el centro de la ciudad, y aquellos dedicados a enfermedades básicas (primer nivel) se ubican tanto en el centro como en la periferia.

En la Ciudad de México, espacialmente, el equipamiento para la atención médica en los tres niveles de atención médica siguió, desde sus inicios, una estructura territorial concentrada y centralizada, a partir de la que se administró la desigualdad por la vía de la seguridad (IMSS e ISSSTE) y la asistencia social (SSA y SSGDF). Esta centralidad metropolitana definió un patrón centro-periferia de la movilidad cotidiana de la población en su búsqueda de servicios de salud.

## Bibliografía

- Blanco Gil, J. y O. Sáenz Zapata (1994), *Espacio urbano y salud*, México, Universidad de Guadalajara.
- Brachet-Márquez, V. (2010), "Seguridad Social y desigualdad, 1910-2010", en F. Cortés y O. de Oliveira (coords.), *Los grandes problemas de México, V. Desigualdad Social*, México, El Colegio de México, pp. 181-209.
- Cabrera-Adame, C. J. (2011), "Política y Seguridad Social en México", en Cabrera-Adame, C. J. y A. A. Gutiérrez-Lara (coords.), *La protección social en México*, México, UNAM, Facultad de Economía, pp. 21-75.
- Davies, D. (1999), *El Leviatán urbano. La ciudad de México en el siglo XX*, México, Fondo de Cultura Económica, Sección de Obras de Sociología.

- Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 1928.
- Diario Oficial de la Federación*, 19 de enero de 1943.
- Diario Oficial de la Federación*, 28 de octubre de 1952.
- Diario Oficial de la Federación*, 30 de diciembre de 1959.
- Dromundo, B. (1957), *La Metrópoli Mexicana*, México, Colección Netzahualcóyotl.
- Fajardo Ortiz, G. (1980), *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, Asociación Mexicana de Hospitales.
- Fajardo Ortiz, G. (2003), *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México, 1521-2003*, México, Asociación Mexicana de Hospitales.
- Fierros Hernández, A. (2014), “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 9, México, Academia Nacional de Medicina de México, A.C., pp. 150-195.
- Galindo-Pérez, C. (2016), *Soy derechohabiente, pero la clínica está muy lejos. Accesibilidad a servicios de salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*, México, UNAM, Coordinación de Estudios de Posgrado, Colección Posgrado, no. 72.
- Gómez-Dantés, O., S. Sesma, V. Becerril, F. Knaul, H. Arreola y J. Frenk (2011), “Sistema de Salud en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 220-232.
- Gudiño-Cejudo, M. R., L. Magaña-Valladares y M. Hernández-Ávila (2013), “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1992-1945”, en *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 55, núm. 1, enero-febrero, pp. 81-91.
- Guillén Romo, H. (1984), *Orígenes de la crisis en México 1940/1982*, México, Ediciones Era, Colección Problemas de México.
- Krauze, E. (1997), *La presidencia imperial. Ascenso y caída del sistema político mexicano (1940-1996)*, México, Tusquets Editores, Colección Andanzas.
- Kumate, J. (2001), “La salud pública de México en el siglo XX. Los protagonistas”, en *Memoria de El Colegio Nacional*, México, El Colegio Nacional, pp. 81-106.
- Kumate, J. (2010), *La salud de los mexicanos 1929-2000*, México, El Colegio Nacional.
- López-Acuña, D. (1980), *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI Editores.
- López-Hermoso y L. Parra (2000), “Salud para todos”, en *Propuesta*, publicación semestral de la Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., año 5, núm. 10, febrero de 2000, México, Distrito Federal, pp. 185-207.
- López-Rosado, D. (1979), *Problemas económicos de México*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas, Textos Universitarios.
- Martínez Narváez, G. (2013), *Un sistema en busca de salud: desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Muriel, J. (1956), *Hospitales de la Nueva España. Fundaciones del Siglo XVI*, tomo I, Primera Serie, núm. 35, México, Publicaciones del Instituto de Historia.
- Muriel, J. (1960), *Hospitales de la Nueva España. Fundaciones de los Siglos XVII y XVIII*, tomo II, Primera Serie, núm. 62, México, Publicaciones del Instituto de Historia.

- Narro Robles, J. (2004), "III. La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad", en *Gaceta Médica de México*, vol. 140, núm. 01, Academia Nacional de Medicina de México, A.C, pp. 52-55.
- Perló Cohen, M. y A. Moya (2003), "Dos poderes, un solo territorio: ¿conflicto o cooperación? Un análisis histórico de las relaciones entre los poderes central y local en la ciudad de México de 1325 a 2002", en Ramírez-Kuri, P. (coordinadora), *Espacio público y reconstrucción de ciudadanía*, México, FLACSO-México y Miguel Ángel Porrúa Editores, pp. 173-215.
- Rodríguez-Kuri, A. (2012), "Ciudad oficial, 1930-1970", en A. Rodríguez-Kuri (coordinador), *Historia política de la Ciudad de México (desde su fundación hasta el año 2000)*, México, El Colegio de México, pp. 417-482.
- Rodríguez-Pérez, M. y A. Rodríguez-de Romo (1999), "Asistencia médica e higiene ambiental en la Ciudad de México. Siglos XVI-XVIII", en *Gaceta Médica de México*, vol. 135, núm. 2, México, Academia Nacional de Medicina de México, A.C., pp. 189-198.
- Sánchez-Uriarte, M<sup>a</sup>. del C. (2010), "El Hospital de San Lázaro de la ciudad de México y los leprosos novohispanos durante la segunda mitad del siglo XVIII", en *Estudios de Historia Novohispana*, vol. 42, núm. 42, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, pp. 81-113.
- Secretaría de Gobernación (1984), "Ley General de Salud", en *Diario Oficial de la Federación*, México, 7 de febrero de 1984.
- SHCP (2000), *Antología de la planeación en México, Alimentación, abasto, desarrollo urbano y vivienda, salud, educación y procuración de justicia (1983-1988)*, tomo 14, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Fondo de Cultura Económica.
- Soberón, G., (2006), "Desarrollo de las políticas públicas", en Urbina Fuentes, A. Moguel Ancheita, M. Muñoz Martelón y J. Solís Urdaibay (coordinadores), *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidades y rumbo para el tercer milenio*, México, Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, pp. 297-304.
- SPP (1985), *Antología de la planeación en México (1917-1985)*, volúmenes del 1-14, México, Secretaría de Programación y Presupuesto y Fondo de Cultura Económica.
- Turnes, A. L. (2009), "Origen, evolución y futuro del hospital", en *Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas*, <http://www.smu.org.uy/dpmmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>
- Vera-Bolaños, M. y R. Pimienta-Lastra (2001), "La acción sanitaria pública en el Estado de México: 1824-1937", en *Revista Política y Cultura*, núm. 16, México, UAM-Xochimilco, Departamento de Política y Cultura, pp. 91-124.
- Ward, P. (2004), *México megaciudad: desarrollo y política, 1970-2002*, México, El Colegio Mexiquense, A.C. y Miguel Ángel Porrúa [1991].
- Zertuche Muñoz, F. (coord.) (1980), *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Sentido y formas del cambio*, editado por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, se terminó de imprimir el 26 de diciembre de 2017, en HERSA EDICIONES, Av. Oriente 10, núm. 95, Col. San Carlos, Ecatepec, Edo. de Méx., C.P. 55080. El tiraje consta de 500 ejemplares, impresos en offset sobre papel ahuesado de 75 gramos para los interiores, y cartulina couché de 250 gramos para la portada. En su composición se usó el tipo *ITC berkeley Oldstyle Std* de 11/13,5 puntos. Revisión y corrección: Enrique Vera Morales. Diseño y formación de interiores: Marco Antonio Pérez Landaverde. Cuidado editorial: Departamento de Publicaciones de la FCPyS.