

El triángulo necesario: médicos, arquitectos y administradores de hospitales en la ciudad de México, 1940-1950*

The Necessary Triangle: Doctors, Architects, and Hospital Administrators in Mexico City, 1940-1950

*Claudia Agostoni***

 <https://orcid.org/0000-0001-9186-3028>

Instituto de Investigaciones Históricas

Universidad Nacional Autónoma de México, México

agostoni@unam.mx

Resumen: El estudio de la crucial interacción y colaboración de los saberes de médicos, arquitectos y administradores para materializar la reforma hospitalaria emprendida en México a partir de la década de 1940 es el eje que articula el presente trabajo. Cómo se gestó esa colaboración de saberes expertos, cuá-

* Agradezco las importantes recomendaciones y sugerencias que recibí por parte de los dictaminadores anónimos. No habría sido posible realizar este artículo sin el generoso apoyo del Acervo de Arquitectura Mexicana de la Facultad de Arquitectura de la UNAM, por lo que agradezco al personal del archivo y, en particular a la arquitecta María Eugenia Hernández Sánchez, por su amable y experta asistencia. Dedico este trabajo a la memoria del arquitecto Jorge Agostoni Colombo.

** Doctora por parte de King's College London, University of London. Líneas de investigación: historia social y cultural de la salud pública.

CÓMO CITAR: Agostoni, C. (2023). El triángulo necesario: médicos, arquitectos y administradores de hospitales en la ciudad de México, 1940-1950. *Secuencia* (117), e2132. <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i117.2132>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

les fueron algunos de los diagnósticos y propuestas que realizaron, y cuáles algunas de las limitaciones que enunciaron, son temáticas que no obstante su relevancia, no han ocupado un espacio destacado en las investigaciones históricas. Con ello, este artículo busca contribuir al estudio de la primacía que la resolución del problema médico-asistencial tuvo a lo largo de la década de 1940 y durante los años iniciales de la década siguiente, un momento de intensa innovación y ampliación de los espacios hospitalarios.

Palabras clave: médicos; arquitectos; hospitales; construcción; administradores.

Abstract: The study of the crucial interaction and collaboration between doctors, architects, and administrators to achieve the hospital reform undertaken in Mexico in the 1940s is the subject of this article. The way this collaboration between experts was managed, the diagnoses and proposals they made, and the limitations they observed, are issues which, despite their relevance, have not featured prominently in historical research. This article therefore seeks to contribute to the study of the importance of solving the health care problem in the 1940s and the beginning of the following decade, a moment of intense innovation and expansion of hospital spaces.

Keywords: doctors; architects; hospitals; construction; administrators.

Recibido: 21 de julio de 2022 Aceptado: 29 de noviembre de 2022
Publicado: 1 de agosto de 2023

INTRODUCCIÓN

En 1942 el arquitecto Alonso Mariscal celebró que en México se estuviera abordando por primera vez el “problema hospitalario de forma integral”, refiriéndose a los cuidadosos estudios que diferentes médicos, arquitectos y funcionarios públicos estaban realizando y con lo que buscaban examinar “hasta los más mínimos detalles de los problemas de proyecto y construcción de hospitales” (Mariscal, 1942, p. 71). Mariscal pronunció esas palabras

durante la V Asamblea Nacional de Cirujanos celebrada en la ciudad de México, cuando los médicos y arquitectos que formaban parte de la sección Hospitales de esa Asamblea presentaron una serie de diagnósticos, reflexiones y propuestas para materializar la reforma nosocomial que la Secretaría de la Asistencia Pública (SAP, 1938-1943) impulsaba desde 1940. Fue también en esa Asamblea cuando Mariscal (1942) expresó que el estudio de los múltiples requisitos para la planeación y construcción de hospitales —fuesen estos generales, de especialidades o rurales— necesitaban sustentarse en lo que llamó “el triángulo necesario”, refiriéndose con ello a la conjugación de saberes y a la colaboración cotidiana de “tres elementos técnicos distintos: el médico, el arquitecto y el administrador” (p. 72). Esa articulación de saberes expertos fue precisamente una de las bases sobre la que descansó la planeación, proyección y construcción de hospitales por parte de la SAP, una empresa que adquirió aún más relevancia a partir de 1943, al establecerse la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La conjugación y las labores de esos saberes expertos fueron centrales para la reconfiguración de los espacios nosocomiales a escala internacional a partir de las décadas finales del siglo XIX, lo que se intensificó durante el transcurso de la primera mitad del siglo pasado. Durante esa temporalidad, el ámbito hospitalario gradualmente se transformó en una verdadera institución social en la que un público amplio y heterogéneo tuvo la oportunidad de beneficiarse de algunos de los más relevantes avances de las ciencias médicas, de la terapéutica y de las tecnologías diagnósticas (Brandt y Sloane, 1999, p. 290). Simultáneamente, el hospital se consolidó como centro clave para la investigación biomédica y para la enseñanza de la medicina, ampliando y diversificando sus funciones, buscando que en todo momento operara con eficacia, economía y funcionalidad. Además, fue sobre todo durante la primera mitad del siglo pasado cuando los imaginarios y los discursos en torno a las experiencias de enfermar, curar y rehabilitar paulatinamente transformaron los sentidos de lo que durante mucho tiempo significó, para amplios sectores sociales, “ir al hospital”. Por ello, en artículos periodísticos y en revistas destinadas al público en general, en fotografías, documentales, carteles y anuncios publicitarios, y al igual que en la industria fílmica, la bata blanca, el estetoscopio, la sala de operaciones, la habitación individual del paciente, la enfermera y las salas de espera de diferentes hospitales, pasaron a formar parte de un imaginario compartido por parte de un público amplio y diverso.

Esos y otros elementos han sido cuidadosamente analizados por Annmarie Adams (2008) en su detallado estudio sobre la construcción de hospitales en Canadá entre 1893 y la década de 1940; por Jeanne Kisacky (2017) en relación con la interacción y labores de médicos y arquitectos en la edificación de diferentes hospitales en Estados Unidos entre 1917 y 1945, así como en las investigaciones de Rosemary Stevens (1989) y Charles Rosenberg (1987), las que versan sobre la reconfiguración de los espacios hospitalarios en Estados Unidos durante el siglo pasado, entre otras importantes investigaciones históricas.

En México, el análisis histórico relativo a la construcción de hospitales durante el transcurso del siglo pasado, y en particular desde la década de 1940, ha sido una temática abordada desde diferentes campos del conocimiento. Tienen un lugar central las investigaciones realizadas por diferentes arquitectos, como en el caso del importante libro editado por Fernando González Gortázar (1994), en los estudios de Ramón Vargas Salguero (1994), en los escritos de Enrique Yáñez (2007), al igual que en diferentes investigaciones que se han hecho cargo del examen de la obra nosocomial de Yáñez y de José Villagrán García, entre otros destacados arquitectos que dedicaron buena parte de su vida profesional a la arquitectura hospitalaria (López Rangel, 1989). Por otra parte, desde la historia de la medicina se ha estudiado de qué maneras y con qué propósitos diferentes médicos y funcionarios de la SAP, de la SSA y del IMSS impulsaron la construcción de hospitales; se han analizado algunas de las innovaciones terapéuticas, la gestación y consolidación de diferentes especialidades médicas, al igual que la gradual diversificación de los servicios médicos y asistenciales ofertados en hospitales públicos y en los de la seguridad social (Anda Alanís, 2006; Fajardo Ortiz, 1980). Además, ha sido tanto desde la historia de la medicina como desde la historia de la arquitectura que se ha reafirmado la importancia que para los gobiernos de la posrevolución revistió planear, proyectar y mejorar el funcionamiento y la atención de los pacientes de instituciones como el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Manuel Gea González y el Hospital de Zona Número 1, mejor conocido como Hospital de la Raza y el primero del IMSS, así como la relevancia que revistió la construcción del Centro Médico Nacional (Borrego Estrada, 1994; Fajardo Ortiz, 1980), entre otros elementos.

Frente a ello, y tomando en consideración los aportes de esos y otros importantes estudios, este texto fija la mirada sobre un tema en particular: la conjugación de los saberes y labores de médicos, arquitectos y administradores en aras de la renovación y ampliación de los espacios hospitalarios de la

ciudad de México entre el inicio de la década de 1940 y el final de la década siguiente. Se argumenta que la materialización del proyecto de reforma nosocomial, impulsado por el Estado, se sustentó en la colaboración y confluencia de tres campos disciplinares distintos: la medicina, la arquitectura y la administración. Esos saberes expertos, “saberes técnicos especializados” (Plotkin y Zimmermann, 2012, p. 10) o “el triángulo necesario”, en palabras del arquitecto Mariscal (1942, p. 72), fueron de vital importancia no sólo para la conformación de los saberes demandados por el Estado relativos a la asistencia y la atención médica, también lo fueron para la constitución misma del estado asistencial y de la seguridad social, lo que se perfiló como una prioridad política clave en México a partir de la cuarta década del siglo pasado.

Para abordar lo antes expuesto, las siguientes páginas tomarán en consideración las aportaciones que desde la historia social de la salud pública han contribuido a vigorizar y repensar los procesos y los actores que formaron parte de las reformas y ampliación de los servicios médicos, sanitarios y asistenciales estatales durante el transcurso de la primera mitad del siglo pasado. También se tendrán presentes los aportes de las investigaciones que se han dedicado al estudio del Estado en América Latina, sobre todo algunas de las más recientes publicadas en Argentina, las que han posibilitado repensar al Estado “como un organismo dinámico, polifacético y en constante evolución” (Bohoslavsky y Soprano, 2010; Frederic, Graciano y Soprano, 2010; Plotkin y Zimmermann, 2012, p. 23; Salvatore, 2007). Con ello, este trabajo busca contribuir al análisis de los saberes y actores que posibilitaron materializar las reformas y la ampliación de las instituciones hospitalarias y asistenciales del estado posrevolucionario. Considero importante subrayar que los divergentes saberes y actores que impulsaron la reforma nosocomial han sido abordados de manera fragmentada en la historiografía, lo que ha dado lugar a que los médicos, arquitectos y administradores que participaron en esa empresa parecería que no estuvieron en constante interacción laboral e intercambio de ideas y propuestas. Y es por lo anterior, que es posible que se haya obviado el estudio de sus diferentes puntos de vista, y de las limitaciones, las carencias y los rezagos que enfrentaron y enunciaron.

El artículo está organizado en dos secciones. En la primera se prestará atención a la importancia que la construcción de hospitales adquirió a partir de los años iniciales de la década de 1940, se hará referencia a algunos antecedentes importantes de lo anterior, y, sobre todo, se examinará la relevancia que tuvo la confluencia de los saberes y de las prácticas de médicos y archi-

tectos a partir de las opiniones, sugerencias y recomendaciones que expresaron en noviembre de 1942 durante las sesiones de la V Asamblea Nacional de Cirujanos, organizada en la ciudad de México. Posteriormente, la segunda sección se detendrá en el estudio de algunas de las repercusiones que tuvo el que no se contara con un personal especializado en administración de hospitales, una limitación que se estableció podría provocar que se estuviera transitando hacia la edificación de “elefantes blancos”. Por último, se observará cómo se procuró suplir esa carencia, haciendo referencia al inicio de la formación de especialistas en administración nosocomial durante el transcurso de la década de 1950, una temática cuyo desarrollo más puntual será necesario abordar en otro trabajo de investigación histórica.

DIAGNÓSTICOS Y CONSENSOS EN TORNO A LA CONSTRUCCIÓN DE HOSPITALES

Al iniciar la década de 1940 diferentes médicos, arquitectos y funcionarios del ámbito de la salud pública concordaban al afirmar que los hospitales públicos y privados requerían de una profunda transformación, renovación, ampliación y modernización (Agostoni, 2021, pp. 35-61). Lo anterior se imponía debido a los avances registrados en las ciencias médicas y en la terapéutica de múltiples enfermedades y por las transformaciones demográficas, urbanas, sanitarias y epidemiológicas que se estaban registrando en los niveles nacional e internacional. Además, la paulatina ampliación y especialización de diferentes servicios médicos y asistenciales llevó a que en 1941 el presidente Manuel Ávila Camacho (1940-1946) ratificara su interés por crear un sistema de servicios médicos y asistenciales de la seguridad social, por lo que integró a una comisión técnica para que se encargara del estudio y de la redacción del proyecto de la Ley del Seguro Social.¹ En ese mismo año la SAP determinó que era impostergable fomentar la realización de detallados estudios para poder elaborar un diagnóstico puntual de las condiciones en las que estaba la infraestructura hospitalaria del país y, con base en esa información, se proyectaran y edificaran nuevos hospitales.

¹ La Ley del Seguro Social se aprobó a finales de 1942 y se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* en enero de 1943. El inicio de labores del Instituto Mexicano del Seguro Social fue el 15 de mayo de 1943.

Para emprender dicha tarea, la SAP conformó a dos grupos de trabajo: la Comisión de Técnicas Hospitalarias y la Comisión de Planeación de Construcciones de Hospitales y Unidades de Asistencia. En las mismas participaron algunos de los más destacados médicos y arquitectos de ese momento (López Rangel, 1989, p. 86), los que encontraron en el ámbito nosocomial en proceso de expansión un campo novedoso para su desempeño profesional, y lo que les permitió formar parte de las “elites técnicas estatales” (Plotkin y Zimmermann, 2012, pp. 18-19). Entre los arquitectos que participaron en esas comisiones estaban Raúl Cacho, Mauricio Campos, Marcial Gutiérrez Camarena, Alonso Mariscal, Enrique del Moral, Mario Pani, Antonio Pastrana, Carlos Tarditti, Enrique Yáñez, entre otros, quienes laboraron bajo la dirección del arquitecto José Villagrán García. Cabe señalar que Villagrán García fue uno de los primeros médicos mexicanos en especializarse en arquitectura nosocomial, y que él proyectó el Instituto de Higiene y la Granja Sanitaria en Popotla (1925), el Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco (1929) y el Instituto Nacional de Cardiología (1937), algunos de los primeros espacios de atención, investigación y asistencia médica especializados que fueron reiteradamente calificados como esenciales para la diversificación y afianzamiento de las labores médicas y asistenciales del estado (González Polo, 1994, pp. 104-105; López Rangel, 1989, p. 87). En relación con los médicos que formaron parte de esas comisiones, es importante mencionar la presencia de Salvador Zubirán, en ese momento subsecretario de la SAP, así como a Alejandro Aguirre, Pedro Daniel Martínez, Rafael Segura Millán y Gustavo Viniegra, entre otros, que trabajaron bajo la supervisión del doctor Norberto Treviño Zapata (López Rangel, 1989, p. 87).

La importancia de las labores de esos profesionistas y de los espacios nosocomiales para la empresa sanitaria, curativa y asistencial gubernamental también llevó a que en 1942 la SAP creara el Seminario de Estudios Hospitalarios,² un grupo de trabajo específicamente pensado para la plural discusión y análisis de las características arquitectónicas, del equipamiento y del tipo

² Formaron parte del Seminario de Estudios Hospitalarios los médicos Alejandro Aguirre, Esteban Domínguez, Jesús Lozoya, Pedro Daniel Martínez, Ignacio Mora, Rafael Moreno Valle, José Ruiloba, Mario Salazar Mallén, Bernardo Sepúlveda, Norberto Treviño, Gustavo Viniegra y Alfredo Zendejas, entre otros. En relación con los arquitectos, estaban Raúl Cacho, Mauricio Campos, Enrique Guerrero, Marcial Gutiérrez Camarena, Alonso Mariscal, Enrique de la Mora, Enrique del Moral, Mario Pani, Antonio Pastrana, Carlos Tarditti, José Villagrán y Enrique Yáñez.

de servicios médicos, curativos y asistenciales que posibilitaría concretar una “organización más eficaz, más económica y más adecuada a nuestro medio cultural y a nuestra penuria” de los espacios nosocomiales (Zubirán, 1942, p. 7). Asimismo, un sustento clave de la reforma nosocomial fue la siguiente: antes de “trazar una línea en el papel, y menos antes de abrir una cepa en el terreno”, toda propuesta y todo proyecto tendría que emanar de cuidadosos estudios preliminares (López Rangel, 1989, p. 86).

Fueron precisamente los médicos y arquitectos que formaron parte de ese Seminario los que, por una parte, procuraron compaginar sus saberes expertos, y, por otra, incorporaron a sus estudios y propuestas los resultados de diferentes investigaciones urbanísticas, sociológicas, antropológicas, epidemiológicas e históricas para comprender en qué condiciones se encontraban los servicios médicos hospitalarios de la capital, al igual que los de otras ciudades y estados. Considero relevante subrayar que la realización de ese género de estudios contó con importantes antecedentes, por lo que es necesario mencionar, aunque sea brevemente, algunos de los que se originaron durante la década de 1920, cuando la planeación, proyección y edificación de clínicas y hospitales en la ciudad de México registró sus primeros impulsos después de la década de mayor violencia revolucionaria.

En 1921, por ejemplo, el DSP creó una comisión para analizar cuál era el lugar más apropiado para construir un sanatorio especializado para pacientes con tuberculosis pulmonar (Agostoni, 2019, pp. 525-529). La comisión fue integrada por el arquitecto Federico Mariscal y por los médicos Fernando Ocaranza y Jesús R. Monjarás, quienes valoraron la pureza del aire, las variaciones de la temperatura ambiente, la vegetación y las vías de comunicación de diferentes zonas limítrofes con el centro de la capital para establecer cuál sería el mejor lugar para edificar un sanatorio especializado con la finalidad de proporcionar una terapéutica sustentada en el clima, la altura, la dieta, la higiene y el descanso a los pacientes con esa enfermedad. Seis años después, en 1927, el ingeniero Francisco Orellano realizó otro estudio del que derivó una propuesta adicional, pero fue hasta 1929, al iniciar la primera campaña antituberculosa organizada por el DSP, cuando la propuesta arquitectónica de José Villagrán García, y en la que también participaron los médicos Ismael Cosío Villegas y Manuel Gea González, fue seleccionada, con lo que así inició la construcción del Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco (Agostoni, 2019, pp. 526-528). El caso particular del Sanatorio de Huipulco, así como las propuestas y proyectos para edificar el Instituto Nacional de Cardiología y el

Hospital General de Veracruz por parte del arquitecto Enrique Yáñez durante la década de 1930, entre otros espacios de atención especializada, dan cuenta de la relevancia que para los gobiernos posrevolucionarios revistió incorporar los saberes, planteamientos e ideas relativas a las innovaciones arquitectónicas, biomédicas, tecnológicas y terapéuticas nosocomiales que circulaban profusamente en México y a escala internacional. Lo anterior, por ejemplo, implicaba que la gestión de hospitales, clínicas y sanatorios requería apoyarse en los principios de la organización científica del trabajo hospitalario, por lo que se asentaba que era central asegurar “la eficacia, la velocidad, el orden y la coordinación del trabajo” del personal médico y de enfermería (Agostoni, 2021, p. 43). De igual forma, otros planteamientos y propuestas encontraron una resonancia particularmente fértil en los discursos del nacionalismo posrevolucionario, como, por ejemplo, la defensa que Villagrán García hizo de “la importancia social de la arquitectura”, o bien, la reafirmación del “vínculo entre el arquitecto y la sociedad para la cual trabajaría” (Vargas Salguero, 1994, p. 66). Por tanto, la búsqueda de “soluciones verdaderamente mexicanas a nuestros genuinos problemas mexicanos” exigía de una “arquitectura que primero conozca a fondo su problema y después alcance su solución” (Vargas Salguero, 1994, pp. 66-67). Esas y otras ideas y planteamientos fueron compartidos no sólo entre los arquitectos que se abocaron a la proyección y edificación de hospitales. Fueron igualmente centrales para los médicos y funcionarios públicos que, desde la SAP, al iniciar la década de 1940, determinaron que la ampliación de los espacios de asistencia y atención hospitalaria requerían sustentarse en diagnósticos cuidadosos y detallados en los que era imprescindible considerar las condiciones políticas, económicas, sociales y sanitarias de diferentes regiones del país. Sólo así, se sostenía, sería posible responder de manera integral a los problemas y a las necesidades médico-sociales de los habitantes del país, lo que devino en una postura y en una enunciación política central del nacionalismo posrevolucionario y de las políticas y programas médico-asistenciales.

La confluencia de esos saberes expertos y la formulación de diferentes diagnósticos y propuestas tuvo una de sus primeras expresiones públicas en noviembre de 1942, durante las sesiones de la V Asamblea Nacional de Cirujanos. Fue en ese foro donde los médicos y arquitectos que formaban parte de la sección de Hospitales de la misma, presentaron una serie de valoraciones relativas a las condiciones en las que se encontraban los hospitales del país y donde

enunciaron diferentes planteamientos.³ Al inaugurar las conferencias, Salvador Zubirán (1942) destacó que toda persona que hubiera visitado un hospital en cualquier lugar de la república habría observado “lo que es el dolor humano y lo poco de que se dispone para aliviarlo” (p. 6). Subrayó que la mayor parte de los servicios hospitalarios eran anticuados, viciosos y antieconómicos, ocupando casas o edificios construidos en “tiempos más o menos remotos, con otros fines y otras ideas directrices”. Por tanto, lo que en su consideración se imponía era “revolucionar” la técnica médica, arquitectónica y asistencial nosocomial (p. 6), lo que le llevó a expresar lo que se cita a continuación en relación con la manera en la que se requería pensar y proyectar un hospital:

[...] es la institución especializada donde debe ser llevada la humanidad doliente a buscar alivio a sus males. Congregado en él se encuentra un conjunto de seres humanos, desde la humilde afanadora, el cocinero, el experto mecánico, hasta el hombre de ciencia dedicado a las más diferenciadas investigaciones. Su complicado manejo requiere local adecuado y conveniente, organización eficiente, y como consecuencia, funcionamiento simplificado y útil (pp. 6-7).

El énfasis en garantizar una organización y un funcionamiento simplificado, útil y eficaz de los espacios nosocomiales fue secundado por el arquitecto Mauricio Campos, quien determinó que el éxito de la edificación hospitalaria requería descansar en la unión de los saberes y las prácticas de médicos y arquitectos. En su consideración solamente “un verdadero equipo de profesionistas” emprendiendo una labor compartida y coordinada permitiría edificar las nuevas “fábricas hospitalarias” que se necesitaban en los diferentes estados y ciudades (Campos, 1942, p. 87). Campos acotó que para que esa labor fuera operativa y exitosa, los médicos y arquitectos necesitaban estudiar con detenimiento el “problema hospitalario” desde múltiples puntos de vista, tomando en consideración las especificidades y necesidades de

³ La Primera Asamblea Nacional de Cirujanos se realizó en la ciudad de México en 1954, con el propósito de discutir, intercambiar ideas y compartir experiencias relativas a las labores de los cirujanos en el país. Esa Asamblea estuvo integrada por diez secciones correspondientes a los diferentes ramos de la cirugía y en sus reuniones anuales se presentaban ponencias y conferencias sobre una amplia gama de temáticas, por ejemplo la asistencia de la beneficencia pública, los programas de la beneficencia pública, las responsabilidades del anestesista y sobre la Asociación Nacional de Hospitales. Véase, Saldívar-Reyna y Jiménez-Villanueva (2012, pp. 280-281).

diferentes localidades urbanas y rurales, la relación de los edificios hospitalarios con el medio ambiente y el espacio urbano y, determinar qué género o tipo de hospitales posibilitarían “establecer una red coordinada de servicios hospitalarios” (Campos, 1942, pp. 87-88). Asimismo, subrayó que los médicos y arquitectos requerían conocer la densidad poblacional y la presencia o ausencia de vías de comunicación de una determinada localidad, comprender cuál era la cultura de los habitantes y, sobre todo, entender si existía o no “la costumbre de usar los servicios del médico y de recurrir al dispensario o al hospital”, entre otros elementos (Campos, 1942, pp. 88-89).

Fue también en esa Asamblea cuando los médicos Gustavo Viniestra y Pedro Daniel Martínez (1942) resaltaron que la mayor parte de los hospitales que habían visitado en diferentes pueblos y ciudades requerían considerarse como “hospitales rurales”, ya que pocas localidades “merecían” el calificativo de ciudad, lo que ilustraron de la siguiente manera: “muchos conglomerados humanos [...] solo se distinguen de las zonas rurales por el mayor número de habitantes por kilómetro cuadrado. Carecen de agua potable, de drenaje, de alumbrado, de pavimentación, de alojamientos suficientes y apropiados. Son, pues, zonas rurales, habiendo perdido todas sus ventajas por la aglomeración” (p. 9). Esos médicos también argumentaron que la mayor parte de los hospitales presentaban un cuadro “deprimente” y que era evidente que al edificarlos no se había considerado ninguna “técnica arquitectónica” y sí el “capricho de la imaginación médica” (Viniestra y Martínez, 1942, p. 19). También sostuvieron que proseguía siendo tenaz la asociación de larga historia por la que se vinculaba la prestación de servicios médicos gratuitos con la indigencia y la pobreza (p. 9), y que la suma de lo anterior incidía negativamente en el desempeño de los profesionales de la medicina y, con ello, en la atención y cuidado de los pacientes. Por ello, agregaron que en México la idea de amplísima circulación internacional que postulaba que “el taller del médico es el hospital” (p. 19) no era una realidad, debido a que las técnicas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos más modernos estaban lejos del alcance del personal médico. Lo anterior implicaba que numerosos profesionales de la medicina solamente podían recurrir al “bisturí y [a] la droga para diagnosticar y tratar”, por lo que también se veían en la necesidad de acogerse a “la clínica pura, desarmada, [como] único medio de diagnóstico” (p. 17).

Entre las recomendaciones enunciadas por ellos sobresalió la insistencia relativa a mejorar de manera integral el funcionamiento y las condicio-

nes materiales de los hospitales municipales y rurales. Lo anterior implicaba proporcionarles equipos técnicos, un personal médico, de enfermería y de administración suficiente y bien preparado, al igual que recursos económicos, lo que calificaron como “la piedra básica sobre la cual debe reposar todo programa de mejoramiento de la asistencia médica” (Viniestra y Martínez, 1942, p. 13). También destacaron que era central tomar en cuenta las diferentes propuestas encaminadas a la optimización hospitalaria rural impulsadas por la Duke Endowment y el Commonwealth Fund de Nueva York, Estados Unidos, al igual que las relativas a la proyección y funcionamiento de diferentes hospitales rurales en las Carolinas del Norte y del Sur (Viniestra y Martínez, 1942, p. 19). En suma, lo que recalcaron fue que primero era necesario mejorar los hospitales existentes, reparando, adaptando, organizando y equipándolos, y, después, y sólo sobre la base de estudios detallados se podría pensar en diseñar y construir nuevos hospitales para que funcionaran de manera económica, eficaz y coordinada con los demás servicios médicos y hospitalarios de una determinada región o estado (Viniestra y Martínez, 1942, p. 21).

Otra valoración presentada en esa Asamblea fue la del doctor Antonio Sordo Noriega (1942), quien enfatizó que en México se carecía de lineamientos claros y de requisitos mínimos para construir sanatorios, clínicas y hospitales privados, por lo que esos espacios de atención y asistencia médica operaban en la mayor parte de los casos sin considerar las normas más básicas de higiene y seguridad:

Lo que llama poderosamente la atención en nuestro medio, es el hecho de que cuando va a abrirse un Sanatorio o Clínica de carácter particular puede hacerse libremente sin exigir ni llenar ningún requisito; hecho que llena de asombro porque la salud es el único capital efectivo del hombre y permitir el funcionamiento de Instituciones de carácter hospitalario en locales improvisados y mal adaptados es un verdadero peligro para las personas que concurren a dichas instituciones en busca de salud (p. 81).

Noriega remarcó que lo anterior contrastaba con el hecho de que cuando un individuo deseaba abrir al público una sala de espectáculos, una cantina o una cervecería, las autoridades exigían el cumplimiento de una serie de normas mínimas de higiene, de servicios sanitarios y de seguridad. Incluso, señaló que a los individuos se les solicitaba contar con un permiso

para conducir un automóvil, por lo que era incomprensible que no se exigiera por ley el cumplimiento de especificaciones detalladas para abrir un espacio nosocomial. Frente a ello, instó a que las autoridades y los profesionales de la medicina hicieran lo posible para garantizar que toda clínica, sanatorio y hospital público o privado, satisficiera las normas más básicas para asegurar la tranquilidad del público, para garantizar el desempeño del personal médico, de enfermería y de intendencia y, claro está, para asegurar la tranquilidad y el cuidado de los pacientes.

Considero fundamental resaltar que los diagnósticos, opiniones y recomendaciones expresados durante las sesiones de la sección de Hospitales de la V Asamblea Nacional de Cirujanos se sustentaron en las investigaciones que los médicos y arquitectos participantes habían realizado como integrantes de las comisiones de reforma nosocomial. Lo anterior es importante, ya que al iniciar la década de 1940 se carecía de información detallada o sistematizada de la infraestructura nosocomial del país. Por ende, uno de los resultados de la colaboración de médicos, arquitectos y de diferentes funcionarios públicos fue precisamente la realización de estudios en los que se consideraron las características geográficas y climatológicas del país, la presencia o ausencia de hospitales, clínicas, centros de salud, personales médicos y enfermería, así como la prevalencia de enfermedades endémicas y epidémicas, entre otros elementos. Esos estudios fueron calificados por las autoridades de salud en reiteradas ocasiones como “trabajos técnicos”, tal y como lo hizo Baz Prada (1943) al presentar “El Plan Hospitalario del Gobierno de México” en la reunión anual de la Asociación Americana de Hospitales, celebrada en el estado de Nueva York, Estados Unidos, en septiembre de 1943: “Después de concienzudos y prolongados trabajos técnicos [...] han sido estudiadas y resueltas por un conjunto de médicos y arquitectos especializados en la materia, que ante todo han tenido en cuenta las condiciones peculiares del país [...] El resultado de sus estudios y trabajos ha derivado hacia el establecimiento de una técnica mexicana de construcción de hospitales” (pp. 982-983).

Las anteriores palabras aluden a cómo los médicos y arquitectos pasaron a formar parte de las elites técnicas estatales y también remiten a una carencia en particular. Me refiero a la ausencia de un personal especializado en administración nosocomial. Esa carencia, de acuerdo con el arquitecto Alonso Mariscal, podría llevar a que la reforma nosocomial que estaba siendo impulsada por las autoridades de salud desembocara en la edificación de “elefantes blancos”, lo que se analizará a continuación.

SOBRE EL TRIÁNGULO NECESARIO Y EL ELEFANTE BLANCO

La integración de los saberes de médicos, arquitectos y administradores, lo que el arquitecto Alonso Mariscal (1942) denominó “el triángulo necesario”, le llevó a expresar y a aclarar que todos tenían la misma importancia. Para ilustrar lo anterior recurrió a la imagen de “los vértices de un triángulo equilátero indeformable” (p. 72), y especificó que el primer vértice lo ocupaba el médico, por lo que si se trataba de planear un hospital de especialidades el galeno requería poseer alguna especialidad médica, y que, tratándose de la planeación de un hospital general, el vértice tendría que ser ocupado por un grupo de médicos no necesariamente especializados. Pero fuese de manera colectiva o individual, correspondía a los profesionales de la medicina “procurar para el enfermo la mejor atención posible. Debe poner todo su empeño en pedir lo mejor para el paciente sin hacer consideraciones de otra índole, y procurar que se atienda al enfermo de acuerdo con los últimos adelantos de la medicina” (Mariscal, 1942, p. 72).

En relación con los arquitectos, los que de acuerdo con la caracterización presentada por Mariscal (1942) ocupaban el segundo vértice, a ellos correspondía “dar forma a los deseos y necesidades expresados por el médico, procurando interpretarlos con la mayor exactitud dentro de los principios arquitectónicos y proporcionando también los más modernos recursos de la técnica” (p. 72). Respecto al tercer vértice, el de los administradores, Mariscal detalló que a estos atañería lo que podría considerarse como la labor “más desagradable, la más antipática de las tres”, consistente en “buscar exclusivamente la mayor eficacia y economía en el funcionamiento del hospital que se proyecta” (p. 72). Sin embargo, para que el triángulo funcionara, Mariscal resaltó que médicos, arquitectos y administradores requerían trabajar en coordinación y colaboración, acotando que cada uno también tendría que poseer una fuerte personalidad, una sólida independencia y la capacidad de respetar otros puntos de vista. Sin ello, sostenía Mariscal (1942), “el triángulo se destruye” y el “equilibrio del proyecto se pierde” (p. 75).

Entre las causas por las que el equilibrio podría estar en fragilidad, Mariscal destacó que el médico, al desempeñar la mayor parte de sus labores en un nosocomio, pretendía “saber arquitectura o administración de los mismos”. Agregó que algo similar pasaba con algunos arquitectos, los que al ser responsables del proyecto arquitectónico podían llegar a pensar que por

eso sabían “algo de medicina”. En relación con los administradores, Mariscal subrayó que eran los que por lo general insistían en asegurar que ellos sí tenían los conocimientos necesarios para el manejo y la gestión de esos espacios de atención y asistencia médica. Frente a ello, y para evitar conflictos y la pérdida de equilibrio, Mariscal (1942) sostuvo que era fundamental que los médicos no imaginaran que eran arquitectos y que los arquitectos no pretendieran saber medicina, “limitándose cada quien a su especialidad” sin “invadir terrenos en los que no se es tan ‘técnico’ realmente” (1942, p. 73).

Esas anotaciones y observaciones aluden a posibles conflictos y diferencias que pudieron formar parte del desarrollo del Plan de Construcción de Hospitales. Al respecto, es pertinente recordar que el plan hospitalario impulsado por la SAP, entre 1940 y 1943, buscó edificar hospitales generales, hospitales especializados y pequeños hospitales con menos de 200 camas; hospitales medianos con entre 200 y 400 camas, y hospitales con más de 400 camas en diferentes estados del país, considerándose adoptar la siguiente clasificación nosocomial: hospital urbano, hospital rural y hospital móvil (López Rangel, 1989, p. 87). Poco después, en 1944 y al establecerse la Comisión de Planificación para Hospitales y Clínicas del IMSS, la proyección y edificación de hospitales y clínicas de la seguridad social coexistió y compitió por los recursos, los espacios y los saberes expertos que formaban parte del proyecto hospitalario primero impulsado por la SAP y, a partir de 1943, por la SSA.⁴ Sin embargo, fuese en clínicas, hospitales generales, rurales, especializados, sanatorios o servicios de urgencias, los saberes, presencias, labores y cooperación de médicos, arquitectos y funcionarios públicos fue fundamental, por lo que se reiteraba que la “nota dominante de la medicina moderna es la cooperación” (*El libro*, 1940-1941, p. 5).

Sin embargo, esa cooperación se enfrentaba a una seria limitación: a la ausencia de administradores de hospitales, lo que el arquitecto Mariscal (1942) enunció de la siguiente manera: “el médico especialista indica las necesidades y procura la mejor atención del enfermo. El arquitecto da forma a esas ideas y las transforma en volúmenes combinados de acuerdo con la técnica arquitectónica” y, ahí queda el “asunto” (p. 74). El “asunto” al que hacía referencia era a la falta de administradores de hospitales, lo que estaba provocando que en México se perfilara la preponderancia de un triángulo

⁴ Un cuidadoso estudio sobre las disputas y la fragmentación del sistema hospitalario y de asistencia médica a partir de la década de 1940 es el de Hidalgo (en prensa).

imperfecto, lo que podría provocar que el proyecto hospitalario deviniera en un “monstruo” o en un “elefante blanco que no tiene solución económica prevista” (p. 74).

De acuerdo con Mariscal (1942), las labores de los administradores de hospitales eran centrales, ya que a ellos correspondía obligar “al médico y al arquitecto a pisar el suelo, que a cada paso llame la atención sobre el costo de los que se proyecta y sobre las dificultades o complicaciones de manejo, funcionamiento y consideración que acarrea la creación o complicación de un elemento” (p. 74). Además, para evitar que los hospitales se transformaran en “elefantes blancos”, los administradores requerían analizar y planear detalladamente todo lo relacionado con el aspecto económico de un hospital, lo que incluía el costo de su construcción, su manejo y sostenimiento cotidiano, el que contara con el personal y equipo requerido, y calcular el costo por enfermo-cama, entre otros elementos. Para ilustrar con mayor claridad sus ideas, Mariscal (1942) comparó las labores de un administrador con las de “un gerente de hotel”, por lo que requeriría desempeñarse como “especialista en el manejo de servidumbre, en la adquisición, aprovechamiento y distribución de artículos para la alimentación de los enfermos, de medicamentos, ropa, equipo, etc. Debe ser en suma una excelente ‘ama de casa’ si se me permite la expresión” (p. 75).

Mariscal también subrayó que los profesionales de la medicina no podían fungir como administradores debido a que no conocían “a fondo los problemas de funcionamiento y administración” nosocomial, y sostuvo que “cualquier enfermera Jefe sabe más del funcionamiento de un hospital y de los problemas administrativos que los médicos, y esto se explica perfectamente desde el momento en que las actividades de unos y otros son distintos” (p. 75). Este arquitecto también destacó que un factor central de la evolución histórica de los hospitales había obedecido a las labores de las enfermeras, las que más que los administradores y mucho más que los médicos, conocían a fondo los defectos de cualquier hospital, por lo que solamente el personal que vivía en los nosocomios podría proporcionar información fehaciente relativa a las “necesidades de los enfermos, de los visitantes [y] del personal” (p. 76).

En este mismo sentido, los médicos Viniegra y Martínez (1942) señalaron que durante el trabajo de investigación que habían realizado en diferentes hospitales en distintos estados del país habían constatado que los que tenían menos de 50 camas en ocasiones contaban con la “afortunada” presencia de una “modesta mujer que es Administradora, Jefe de Enfermeras, Jefe de

Cocina, Ecónoma y no raras veces la partera”, la que carente de preparación alguna y percibiendo un sueldo miserable, realizaba sus labores de manera honesta y entusiasta (p. 13). Agregaron que, en otros casos, habían apreciado que la administración recaía en un “sustituto” de esas modestas mujeres, al que definieron como “un señor administrador”, que por lo general sabía leer y escribir, pero que en la mayor parte de los casos era alcohólico, ocupando ese cargo por una “leal y eficiente colaboración política en el último movimiento electoral” (p. 14). En suma, tanto Mariscal (1942) como los médicos antes mencionados coincidían al afirmar que en México “desgraciadamente [...] no contamos por el momento con esta clase de técnicos debidamente preparados: los administradores de hospitales, verdaderos especialistas” (p. 76).

La primacía que tuvo la construcción de hospitales, y con ello, su adecuado equipamiento, la contratación de un amplio y heterogéneo personal, sus cotidianas y crecientes labores de contabilidad, estadística, planeación, organización y administración, se puede ilustrar haciendo referencia al informe de labores que Gustavo Baz presentó en 1945. Al mediar ese año, señaló que el trabajo colaborativo de los saberes expertos de médicos y arquitectos había posibilitado proyectar y/o iniciar la construcción de las siguientes instituciones hospitalarias: el Hospital General de Veracruz, proyectado por el arquitecto Enrique Yáñez y por el médico Norberto Treviño; el Hospital de Infecciosos del Centro Médico de México, obra arquitectónica de Enrique del Moral y asesoría médica de Norberto Treviño y Samuel Morones; la Maternidad “Mundet” del Centro Médico de México, del arquitecto José Villagrán García y del médico asesor Antonio Sordo Noriega; el Hospital General Rural de Tuxtepec, Oaxaca, obra del arquitecto Miguel Cervantes y del médico asesor Norberto Treviño, al igual que la Policlínica General de la Colonia Anáhuac en la ciudad de México, proyectada por el arquitecto Enrique Yáñez y el médico Norberto Treviño, entre otros (Baz Prada, 1944, pp. 259-260; Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1945, pp. 422-434 y 483-485). Ante esa expansión y especialización nosocomial, la presencia y labores de un personal experto en administración hospitalaria era fundamental.

Esa necesidad fue atendida en 1944 al celebrarse en la ciudad de México el Primer Instituto Regional Interamericano de Administración y Organización de Hospitales, convocado por la Asociación Interamericana de Hospita-

les y auspiciada por la Oficina Sanitaria Panamericana.⁵ Durante ese encuentro, no sólo se deliberó en relación con la arquitectura hospitalaria, también en lo tocante a la capacitación y labores que requeriría desempeñar su personal médico, de enfermería y, sobre todo, el administrativo. Es relevante agregar que en 1941 se había creado la Asociación Interamericana de Hospitales durante la asamblea de la American Hospital Association (AMH) celebrada en Atlantic City, Estados Unidos y, que ese mismo año, representantes de Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Panamá, Paraguay y México se habían incorporado a la misma, siendo uno de los ejes de trabajo de esa asociación fomentar la cooperación en materia de construcción, manejo y administración nosocomial.

El impulso institucional que recibió la renovación y ampliación hospitalaria y, con ello, la necesidad de formar a administradores de hospitales también llevó a que al iniciar la década de 1950 los médicos Manuel Barquín Calderón, Carlos Barrena, Martín Luis Guzmán West y Carlos Zamarripa Torres, entre otros, fueran enviados a las universidades de Pittsburgh, Minnesota y Columbia en Estados Unidos para especializarse en administración hospitalaria y estadística médica. Lo anterior les permitió estudiar con algunos de los más destacados especialistas en administración hospitalaria, como Thomas Parran, Leslie Falk y Malcolm T. MacEachern (Barquín, 1967, p. ix; MacEachern, 1942, pp. 1193-1200). Poco después, en 1953, los doctores José Álvarez Amézquita, Manuel Barquín Calderón y Antonio Ruiz Vargas establecieron en la ciudad de México la Asociación Mexicana de Hospitales (AMH), con lo que inició la impartición de cursos especializados en organización y administración nosocomial (Fajardo Ortiz, 2008a, p. 351; Vivaldo, 2017, p. 46). En esa nueva especialidad nosocomial fue particularmente relevante la presencia del doctor Barquín, maestro en salud pública y en administración de hospitales por la Universidad de Pittsburgh, quien fungió como primer director del Hospital de la Raza del IMSS (Fajardo Ortiz, 2008b, p. 223).

El ímpetu que cobró la formación de administradores de hospitales también se manifestó durante la XI Asamblea Nacional de Cirujanos realizada en 1954 en la ciudad de México, cuando se celebró la Segunda Reunión Nacional de Organización y Administración de Hospitales y en la que se presentaron diferentes trabajos sobre la organización y administración nosoco-

⁵ “De enorme utilidad va a ser el Congreso de Administración y Organización de Hospitales”, *El Popular*, 17 de enero de 1944, p. 1.

mial en el país. Otro elemento clave de lo anterior fue la conformación, en 1954, de la Comisión Nacional de Hospitales instituida por la SSA para mejorar y fortalecer la planeación, el estudio y la resolución de los problemas técnicos, médicos, administrativos y sociales de los espacios hospitalarios, por lo que se reafirmó que sólo un personal experto podría verificar que los hospitales “se construyan y organicen conforme a un plan debidamente estudiado que permita atender oportunamente las necesidades sociales, complementando los servicios entre sí, evitando desgastes y manteniendo estadísticas e información oportuna”.⁶

La Comisión Nacional de Hospitales también se concentró en hacer más eficiente la asesoría técnica y el control de los programas y proyectos de las nuevas construcciones hospitalarias. Para ello, determinó que era prioritario realizar un censo nacional de hospitales (Comisión Nacional de Hospitales, 1958, p. 8), por lo que en 1955 prepararon y enviaron cuestionarios a todos los hospitales de los que se tenía conocimiento en diferentes estados dependientes de los gobiernos estatales, de la SSA o de la iniciativa privada. Sin embargo, las respuestas recibidas no fueron las esperadas, debido a que no se tenía información relativa a cuántos hospitales operaban a escala nacional, también porque se recibieron respuestas incompletas e incorrectas. Para sortear lo anterior, la SSA capacitó a un grupo de médicos para que recorrieran y aplicaran los cuestionarios *in situ*, además de solicitarles tomas fotográficas y la sistematización de la información. Dos años después, los “médicos visitantes” que trabajaron bajo la coordinación de los doctores José Gúémez Troncoso, Edgar Aguilar Sierra y Alfonso Sánchez González, dieron a conocer los resultados del primer censo hospitalario. De este se desprendió que a escala nacional se contaba con 1 132 hospitales, lo que se traducía en 47 505 camas de hospital (33 288 del sector público y 14 217 de la iniciativa privada) para una población que en ese momento se ubicaba en 31 500 000 habitantes, agregándose que había un total de 1 508 camas por cada 1 000 habitantes (Comisión Nacional de Hospitales, 1958, pp. 16, 290-293; Ortiz Flores, 1976). De ese dispar universo de espacios hospitalarios sobresalieron importantes variaciones y diferencias. Una de las más notables fue que algunos funciona-

⁶ Secretaría de Salubridad y Asistencia. Decreto que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia fijar y orientar en todos sus aspectos los programas de construcción, planeación y organización de las Unidades Hospitalarias. *Diario Oficial de la Federación*, México, 9 de marzo de 1954, p. 5.

ban “eficazmente, con ‘suavidad’, sin pérdida de tiempo ni de esfuerzos, de la manera más económica, sin tropiezos, como una máquina bien construida y bien engrasada” (Bermúdez, 1958, p. 11), mientras que en muchos otros prevalecía la improvisación y las “adaptaciones” que “resultan casi siempre deplorables” (Bermúdez, 1958, p. 11).

Cabe agregar, antes de concluir, que fue al iniciar la década 1960 cuando la SSA y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) establecieron el Curso de Administración de Hospitales para Graduados, esto para mejorar el funcionamiento de los servicios médicos-hospitalarios-asistenciales, definiéndose a la administración hospitalaria como “un arte y ciencia que requiere para ejercerla conocimientos especializados, inteligencia, adaptabilidad y deseos de servir” (González Ávila y Fajardo Ortiz, 1962, p. 369). Por último, es relevante mencionar que también fue durante el transcurso de esa década cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicaron detallados estudios y celebraron diferentes reuniones sobre planificación y administración de hospitales, afirmandose la importancia que revestía la interacción y colaboración de médicos, arquitectos y administradores especializados en la construcción, manejo y gestión de diferentes espacios nosocomiales.

CONSIDERACIONES FINALES

Al iniciar la década de 1960, la infraestructura hospitalaria y la dirección, administración y organización de esos espacios prosiguieron siendo temáticas de interés prioritario y de constante colaboración internacional, y la ciudad de México continuó concentrando la mayor proporción de los servicios médicos y asistenciales nosocomiales. Para ese momento, el hospital se había consolidado como una institución educativa, como un laboratorio de investigación, como una industria e, incluso, como un hotel; su heterogéneo personal se esperaba que laborara armoniosamente y en equipo para asegurar la coordinación y eficacia de los múltiples servicios y funciones que formaban parte de esos espacios.

En México, los médicos y arquitectos que hicieron posible la materialización del proyecto estatal de construcción de hospitales a partir de la década de 1940, encontraron en la empresa nosocomial un campo innovador de especialización profesional, y, sobre todo, el reconocimiento de sus sabe-

res y prácticas como saberes de Estado. El análisis de las propuestas, ideas y reflexiones enunciadas por los médicos y arquitectos que formaron parte de las diferentes comisiones de construcción nosocomial que se gestaron durante el transcurso de esa década, la gradual conformación de la especialidad en administración hospitalaria a partir de la década siguiente y la determinación institucional de elaborar el primer censo nacional de hospitales en 1958, dan cuenta de la relevancia que revistió la interacción y colaboración de diferentes campos del conocimiento para las políticas y los programas médicos, hospitalarios y asistenciales impulsados por el Estado. Además, los planteamientos y las propuestas enunciados por los saberes expertos de médicos, arquitectos y administradores especializados en hospitales ponen de manifiesto la importancia que revistió recurrir a detallados estudios geográficos, históricos, epidemiológicos, antropológicos y sociológicos, además de médicos y arquitectónicos, para transformar y mejorar los espacios y la calidad de la atención médica nosocomial. Es por lo anterior que, en este artículo se procuró subrayar la relevancia que reviste el análisis de las interacciones entre los divergentes saberes y actores que posibilitaron concretar la reforma y ampliación nosocomial emprendida en México a partir de la década de 1940, ya que la planeación, construcción y operación de diferentes hospitales, clínicas, dispensarios y sanatorios por parte de las autoridades federales y estatales de salud, y las de la seguridad social, descansó en las interacciones y en la colaboración de diferentes campos del conocimiento en aras de la mejora de la atención médica, hospitalaria y asistencial emprendida durante el transcurso de la primera mitad del siglo pasado.

LISTA DE REFERENCIAS

- Adams, A. (2008). *Medicine by design: the architect and the modern hospital, 1893-1943*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Agostoni, C. (2019). Del armamento antituberculoso al Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco en la ciudad de México, 1920-1940. *História, Ciências, Saúde – Manuais*, 26(2), 519-536. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000200009>
- Agostoni, C. (2021). Expansión, innovación y modernización hospitalaria en la ciudad de México. Dimensiones locales e internacionales, 1905-1943. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 62, 35-61. DOI: <https://doi.org/10.22201/iih.24485004e.2021.62.76885>

- Anda Alanís, E. X. de (2006). *Cuerpo y espíritu: cinco siglos de arquitectura médica en México*. México: Secretaría de Salud.
- Barquín, Manuel C. (1967). *Dirección de hospitales. Planeación, administración y organización* (2a. ed.). México: Editorial Interamericana, S. A.
- Baz Prada, G. (noviembre de 1943). El plan hospitalario del gobierno de México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, s. n., 981-986. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11490/v22n11p981.pdf?sequence=1> [Consulta: julio de 2022.]
- Baz Prada, G. (1944). Hospitales en México. *Arquitectura*, 15, 259-260.
- Bermúdez, S. (1958). *Organización y funcionamiento de hospitales*. México: Propiedad del autor.
- Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (eds.) (2010). *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Universidad Nacional General Sarmiento/Prometeo.
- Borrego Estrada, G. (1994). *La Raza. 40 años, 1954-1999*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Brandt, A. y Sloane, D. (1999). Of beds and benches: Building the modern American hospital. En P. Galison y E. Thompson, *The architecture of science* (pp. 281-305). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Campos, M. (1942). Apuntes para el estudio de la planeación general de hospitales en la república. En *Hospitales. Trabajos presentados en la sección de hospitales de la V Asamblea Nacional de Cirujanos del 15 al 21 de noviembre de 1942* (pp. 87-94). México: Talleres Tipográficos del Internado Nacional Infantil/Acervo de Arquitectura Mexicana, Facultad de Arquitectura-UNAM.
- Comisión Nacional de Hospitales (1958). *Censo y planificación de hospitales*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- El libro del hospital moderno. Libro de consulta sobre procedimientos y prácticas relacionados con la organización, proyectos, construcción, habilitación y administración de hospitales, sanatorios, clínicas y sus servicios médicos, quirúrgico, de enfermería y dietético. Compilado y editado a fin de servir a médicos, cirujanos, administradores y demás personal facultativo y directivo de hospitales. (1940-1941)*. Chicago, Illinois: The Modern Publishing Co.
- Fajardo Ortiz, G. (2008a). Huellas del Dr. Manuel Barquín Calderón (1922-2008). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(4), 351-362. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53472> [Consulta: julio de 2022.]

- Fajardo Ortiz, G. (2008b). El profesor de administración de la atención médica, salud pública e historia de la medicina: Dr. Manuel Barquín Calderón (1922-2008). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(5), 223-224. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17297> [Consulta: julio de 2022.]
- Fajardo Ortiz, G. (1980). *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*. México: Asociación Mexicana de Hospitales, A. C./Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Frederic, S., Graciano, O. y Soprano, G. (2010). *El Estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas*. Rosario: Prohistoria.
- González Ávila, A. y Fajardo Ortiz, G. (1962). El médico en la administración de hospitales. *Salud Pública de México*, 4(3), 369-370. Recuperado de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4134> [Consulta: julio de 2022.]
- González Polo, A. (1994). José Villagrán García (México, D.F., 1901-1981). En F. González Gortázar (coord. y pról.), *La arquitectura mexicana del siglo XX* (pp. 104-105). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Hidalgo, S. (en prensa). Entre promesas y realidades: la fragmentación de la atención hospitalaria en México y el Centro Médico Nacional, 1940-1973. *Historia Mexicana*.
- Kisacky, J. (2017). *Rise of the modern hospital. An architectural history of health and healing, 1870-1940*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- López Rangel, R. (1989). *Enrique Yáñez en la cultura arquitectónica mexicana*. México: Editorial Limusa, S. A. de C. V.
- MacEachern, M. T. (diciembre de 1942). Recientes adelantos en los hospitales de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, s. n., 1193-1200.
- Mariscal, A. (1942). El triángulo necesario para el proyecto de hospitales (pp. 71-76). En *Hospitales. Trabajos presentados en la sección de hospitales de la V Asamblea Nacional de Cirujanos del 15 al 21 de noviembre de 1942*. México: Talleres Tipográficos del Internado Nacional Infantil/Acervo de Arquitectura Mexicana, Facultad de Arquitectura-UNAM.
- Ortiz Flores, G. (1976). *La asistencia médica en México. Análisis económico*. México: s. e.
- Plotkin, M. B. y Zimmermann, E. (2012). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires: Edhasa.
- Rosenberg, C. (1987). *The care of strangers. The rise of America's hospital system*. Baltimore y Londres: The Johns Hopkins University Press.
- Saldívar-Reyna, O. y Jiménez-Villanueva, X. (2012). Asambleas Nacionales de Cirujanos de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 79(4), 280-287. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju124m.pdf> [Consulta: julio de 2022.]

- Salvatore, R. (ed.) (2007). *Los lugares del saber. Contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1945). *Memoria 1944-1945, basada en el Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Unión por el Dr. Gustavo Baz, secretario del Ramo*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Sordo Noriega, A. (1942). Necesidad de fijar las condiciones mínimas que deben llenar las instituciones de carácter hospitalario para ser aceptadas como tales (pp. 83-86). *Hospitales. Trabajos presentados en la sección de hospitales de la V Asamblea Nacional de Cirujanos del 15 al 21 de noviembre de 1942* (pp. 83-86). México: Talleres Tipográficos del Internado Nacional Infantil/Acervo de Arquitectura Mexicana, Facultad de Arquitectura-UNAM.
- Stevens, R. (1989). *In sickness and in wealth. American hospitals in the twentieth century*. Baltimore y Londres: The Johns Hopkins University Press.
- Vargas Salguero, R. (1994). El imperio de la razón. En F. González Gortázar (coord. y pról.), *La arquitectura mexicana del siglo xx* (pp. 59-107). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Viniegra, G. y Martínez, P. D. (1942). Los hospitales rurales y la cultura médica. En *Hospitales. Trabajos presentados en la sección de hospitales de la V Asamblea Nacional de Cirujanos del 15 al 21 de noviembre de 1942* (pp. 9-27). México: Talleres Tipográficos del Internado Nacional Infantil/Acervo de Arquitectura Mexicana, Facultad de Arquitectura-UNAM.
- Vivaldo Martínez, J. P. (2017). Lauro Vivaldo Fernández: pionero en la administración de hospitales en México. *Revista CONAMED*, 22, 45-47. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80901> [Consulta: julio de 2022.]
- Yáñez, E. (2007). *Hospitales de seguridad social*. México: Editorial Limusa.
- Zubirán, S. (1942). Hospitales. En *Hospitales. Trabajos presentados en la sección de hospitales de la V Asamblea Nacional de Cirujanos del 15 al 21 de noviembre de 1942* (pp. 6-8). México: Talleres Tipográficos del Internado Nacional Infantil/Acervo de Arquitectura Mexicana, Facultad de Arquitectura-UNAM.

OTRAS FUENTES

- El Popular*, 17 de enero de 1944.
Diario Oficial de la Federación, 9 de marzo de 1954.