

DR. GUILLERMO FAJARDO, M.H.A.*

PANORAMA DE LA ATENCION HOSPITALARIA EN MEXICO

ASPECTOS SOCIALES Y ECONOMICOS

A.—INTRODUCCION

EL PROPÓSITO DE ESTE artículo es el de presentar una estampa general sobre los servicios hospitalarios de México y de su situación dentro de la perspectiva medico-sanitaria, social y económica del país, sin pedantería, sin melindre; este tema es poco conocido y tratado, a pesar de afectar a numerosas áreas del desarrollo y de la salud.

México con una extensión territorial aproximada de dos millones de Km², tenía en 1968 45 000 000 de habitantes, lo que daba una densidad de la población de 22.5 habitantes por Km.². La tasa de incremento anual, durante los últimos diez años, ha sido de 3.2%, lo que se traduce en un aumento bruto de 1 200 000 habitantes por año. La tasa de mortalidad general gira alrededor de 10 por mil habitantes, en 1930 era de 27.0; la de mortalidad infantil era de 64 por mil nacimientos, en 1930 la cifra era de 148 y la esperanza de vida al nacer es de 65, siendo en 1930 de 36.

La población mexicana está formada en un 44%

por menores de 14 años, lo que significa que es una población joven.

Los habitantes en una alta proporción viven en el medio rural, 55%, aun cuando su número disminuye gradualmente ya que hay una corriente migratoria hacia los centros urbanos, existiendo un desplazamiento de trabajadores de las actividades primarias —agricultura, ganadería, caza, pesca, silvicultura— hacia las actividades secundarias y terciarias —industria, comercio, servicios, transportes, etc.—. Sería de interés investigar si los servicios médicos y sanitarios son factor de atracción de la población rural hacia las ciudades.

Desde el punto de vista económico el producto interno bruto del país está aumentando en forma favorable, permitiendo en 1968, un crecimiento del producto per cápita superior a la meta mínima de 32.5% fijada en la carta de Punta del Este.

Los problemas básicos de la salud pública en México son todavía las enfermedades infecciosas, la mala nutrición y los accidentes, aun cuando paulatinamente han aumentado en importancia algunos padecimientos de tipo degenerativo.

La atención hospitalaria en México tiene sus orígenes en tiempos prehispánicos, desde entonces ha

* Coordinador de Investigación y Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva, Medicina Social y Salud Pública.

sido una inquietud renovada, continua y permanente, con etapas difíciles, y con problemas no superados como el hacer accesible a toda la población, principalmente a la campesina, los servicios médicos.

El número total de camas de hospital, 90 000, en relación con los habitantes, dos camas por cada mil habitantes, señalan cifras de las más bajas de América.

Es bien sabido que para que se otorgue una buena atención médica se debe contar con personal profesional y auxiliar adecuado en número y calidad, lamentablemente en México en la mayoría de las categorías de personal hay deficiencias. Aunado a lo anterior se encuentra la mala distribución de médicos, enfermeras y otro personal, quienes se concentran en ciudades y poblaciones importantes por razones sociales, económicas y culturales.

La situación de "explosión demográfica" por un lado y la deficitaria de recursos humanos en la atención médica por otro, contrastando, son consecuencia de la etapa de transición en que se vive, respuesta al desarrollo y resultado del subdesarrollo.

Siendo el médico el recurso básico de la atención médica, es importante señalar qué características tiene en nuestro medio dicho tipo de recurso humano.

En México, en 1968, había aproximadamente 27 000 médicos, o sea un médico para cada 1 600 habitantes; se acepta como una relación aceptable la de un médico por cada mil habitantes, lo que significa que hay un déficit, por otra parte, los médicos como ya fue señalado no están uniformemente distribuidos; existen poblaciones que están al margen de cualquier atención médica, cerca de 1 200 municipios carecen de toda clase de servicio médico profesional.

En el Distrito Federal está el 35% de los médicos del país, cuando su número de habitantes representa el 17% de los que tiene toda la nación; lo anterior se comprende más fácilmente cuando se señala que el Distrito Federal tiene aproximadamente un médico por cada 500 habitantes, mientras los estados de Chiapas, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, Tlaxcala y Zacatecas tienen un médico por cada 3 000 habitantes o más. La mediana de la serie para las entidades federativas del país es de un médico por aproximadamente 3 000 habitantes.

En México hay una multiplicidad de organismos encargados de la atención médica —economías

desarticuladas— y por lo tanto de hospitales, conviene señalar las características de algunos de ellos.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (S. S. A.) es la dependencia directa del poder Ejecutivo Federal que se ocupa de otorgar atención médica a la población no asegurada, presta servicios a cerca de 23 000 000 de habitantes.

La capital de la Federación Mexicana, el Distrito Federal, cuenta con sus propios servicios médicos: hospitales para emergencias médico-quirúrgicas, Cruz Verde, hospitales de pediatría, banco central de sangre, etc.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I. M. S. S.), es una entidad descentralizada, nacional, de carácter obligatorio, dentro del cual quedan comprendidas las personas que se encuentran vinculadas a otras por un contrato de trabajo. Ofrece protección a 8 000 000 de habitantes. Las principales contingencias que cubre son accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte, cesantía en edad avanzada y servicios sociales.

Por razones tradicionales y político-sociales, existen otros organismos que actúan dentro de los criterios de la seguridad social: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I. S. S. S. T. E.), la Ley de Seguridad Social para las fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos (Pemex), Ferrocarriles Nacionales de México, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, etc., que cuentan con servicios médicos propios, independientes de los organismos antes citados; también existen servicios médicos de carácter particular, algunos de carácter lucrativo —para los grupos sociales de economías fuertes— y otros de índole no lucrativa.

La duplicidad y a veces la multiplicidad de servicios médicos, origina desperdicio de recursos y medios.

Un resumen de lo señalado hasta ahora aparece en el cuadro 1.

Es indudable que a partir de 1940 la imagen médico-sanitaria del país se ha transformado favorablemente como consecuencia del establecimiento de la medicina socializada por la aparición de un impresionante número de medicamentos y por nuevas técnicas; sin embargo en muy diversas partes de México subsisten muchos problemas de salud, incluso de la época prehispánica; la salud pública de México tiene actualmente características y barre-

CUADRO 1

I CONDICIONES MEDICO-SANITARIAS DE MEXICO

1968

Número de habitantes	45 000 000
Densidad de la población	22.5 habitantes/Km. ²
Tasa de incremento anual de la población	3.2%
Tasa de mortalidad general	10 por mil
Causas principales de mortalidad	Padecimientos infecciosos, enfermedades de la primera infancia y accidentes.
Número de camas de hospital	90 000
Tasa de camas	2 por mil
Número de médicos	27 000 (Un médico por 1 600 habitantes).

ras del subdesarrollo y del desarrollo, se han alcanzado y superado algunas metas, pero en otras los objetivos parecen aún lejanos. Esto da a nuestra nación una enorme variedad de problemas médico-sanitarios que los planificadores del desarrollo y de la salud deben tener en cuenta al plantear rutas a seguir.

El hospital de hoy es totalmente diferente al de hace unos 20 años, se ha transformado de un establecimiento curativo en una institución con trascendencia social en funciones terapéuticas, preventivas, de rehabilitación, educativas y de investigación; sintetizando, el hospital mexicano actual es una institución médica y socio-económica resultante y componente del desarrollo del país.

B. CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES DE MEXICO (según su dependencia)

Los hospitales mexicanos de acuerdo con su dependencia, se clasifican básicamente en dos grupos: oficiales y particulares, los cuales a su vez presentan diversos subgrupos. Cuadro 2.

A continuación se hace una pequeña descripción de cada subgrupo.

1.—HOSPITALES GUBERNAMENTALES

En este subgrupo se encuentran los hospitales que son sostenidos básicamente con fondos de los gobiernos federales, estatales, municipales o ciudadanos o en forma mixta.

CUADRO 2

CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES DE MEXICO
SEGUN SU DEPENDENCIA

Oficiales	1.—Gubernamentales:
	a).—Federales. b).—Estatales. c).—Municipales y/o ciudadanos. d).—Coordinados.
Particulares	2.—Descentralizados, de organismos descentralizados o de empresas de participación estatal:
	a).—Servicio social. b).—Seguros sociales. c).—Organismos de producción y distribución de bienes y servicios.
	3.—De Asistencia Privada.
	4.—Privados.

A este subgrupo pertenecen los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Comunicaciones y Transportes y Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Ejemplos de hospitales federales: Hospital de Tepexpan del Estado de México, Hospital Juárez de la Ciudad de México; ejemplos de hospitales estatales: Hospital Estatal de Torreón, Coah., Hospital Psiquiátrico de Hermosillo, Son.; ejemplos de hospitales municipales y ciudadanos:

Hospital Municipal de Matamoros, Pue., Hospital Dr. Rubén Leñero del Departamento del Distrito Federal, Hospital Municipal de Sahuayo, Mich.; ejemplos de hospitales coordinados: (sostenidos con aportaciones federales y estatales), Hospital Civil de Colima, Hospital Civil de Maravatío, Mich.

2.—HOSPITALES DESCENTRALIZADOS, DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS O DE EMPRESAS DE PARTICIPACION ESTATAL.

Son hospitales que son administrados por patronatos o institutos que, aunque de carácter oficial tienen autonomía para tener ciertos servicios propios. Este subgrupo comprende tres tipos de hospitales.

- a) *Hospitales de servicio social.*—Ejemplos: Instituto Nacional de Cardiología, Hospital Infantil de México, Centro Materno Infantil "Gral. Maximino Avila Camacho". En estos establecimientos interviene en su manejo y organización la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- b) *Hospitales de Seguros Sociales.*—Ejemplos: Los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, la Policlínica de Pensiones del Estado de México.
- c) Hospitales de organismos de producción y distribución de bienes y servicios para el mercado. Dichos organismos cuentan con servicios médicos para sus trabajadores y familiares. Ejemplos: Los hospitales de Petróleos Mexicanos, Sindicato de Trabajadores de la Industria Cinematográfica, Ferrocarriles Nacionales de México.

3.—HOSPITALES DE ASISTENCIA PRIVADA

Son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular realizan actos con fines de asistencia médico-hospitalaria, sin propósitos de lucro y sin designar individualmente a los beneficiados. Ejemplos: Hospital de la Cruz Roja de la Ciudad de México, Hospital "José A. Muguerza, S. A." de Monterrey, N.L.

4.—HOSPITALES PRIVADOS

Son establecimientos que pertenecen a personas o sociedades que intervienen en su funcionamiento y los sostienen a sus expensas o con provecho económico. Ejemplos: Central Quirúrgica de la Ciudad de México, Sanatorio del Perpetuo Socorro de Zacapú, Michoacán.

Los diferentes subgrupos de hospitales del país constituyen las más de las veces servicios independientes entre sí, sin embargo desde 1965 funciona la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social (formada por representantes de la S. S. A., I. M. S. S., e I. S. S. S. T. E.), que en materia de atención médica ha permitido que en la construcción de hospitales y clínicas de dichos organismos, se evite la duplicación de inversiones y se favorezca la subrogación de servicios entre ellas en todo el país. Esta subrogación se está realizando principalmente con camas para enfermos de tuberculosis y enfermos psiquiátricos.

En otras palabras, dicha Comisión desea un aprovechamiento y distribución equitativa de recursos de la salud para satisfacer las demandas de la población.

Las diversas instituciones médicas gubernamentales y descentralizadas se encuentran estructuradas de tal manera que forman cada una de ellas, una red de servicios médicos eslabonados, teniendo en cuenta las necesidades de la población a servir. Ejemplos: la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuenta con una red de atención médica, que principia con los centros de salud rural que constituyen la unidad más pequeña de servicios médicos, hasta llegar a los hospitales generales y a los hospitales especializados, pasando por el hospital o sanatorio rural y el hospital regional.

En los Ferrocarriles Nacionales de México la atención médica está formada por puestos de socorro, clínicas, hospitales móviles, hospitales regionales, hospitales de zona, hospital de concentración y hospitales especializados.

El sistema médico del Instituto Mexicano del Seguro Social está formado por una red de centros médicos, hospitales, clínicas, puestos periféricos y puestos de fábrica.

En el servicio médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, se ha dividido el país en 13 zonas, tomando en cuen-

ta para ello las entidades donde mayor número de empleados federales reside, situando los hospitales y clínicas de acuerdo con dicha residencia.

Aunque los diversos tipos de hospitales persiguen el mejoramiento de la salud, el hecho de que su dependencia sea múltiple significa que son instituciones en su mayoría clasistas y aún discriminatorias.

C.—NUMERO Y TASAS DE CAMAS DE HOSPITAL DE 1910 A 1968

Una de las formas más aceptadas para valorar la cobertura de los servicios hospitalarios es la de considerar la tasa de camas de hospital, por cada mil habitantes. A continuación se presentan cifras encontradas para México desde principios de siglo hasta 1968. Cuadro 3.

La información más antigua que se tiene sobre el número de camas de hospital en México, data de 1910, desde entonces diversos autores e instituciones han registrado su cuantía, siendo frecuente que haya discrepancia respecto al número, aún dentro de una misma dependencia, los datos que más adelante se presentan, son los que se creen más confiables, lo que permite hacer ciertos comentarios de los cambios ocurridos de 1910 a 1968.

CUADRO 3

NUMERO Y TASAS DE CAMAS DE HOSPITAL DE 1910 A 1968

Año	Número de Camas de Hospital	Población	Camas por mil Habitantes	Fuentes
1910	9,906	15,160,369	.6 *	1
1945	30,000	—	1.3	2
1952	32,000	27,020,576	1.2	3
1955	—	—	1.1	4
1957	47,505	—	1.7	5
1960	55,274	34,923,129	1.6	6
1963	63,601	—	—	7
1964	69,250	38,000,000	1.8	8
1965	86,151	—	2.0	9
1968	90,029	45,012,000	2.0	10

* Cálculo del autor.

REFERENCIAS

1. Sin Autor. *México en el centenario de su Independencia*. México, D. F., 1910.
2. Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memorias 1945-46*. México, D. F.
3. Ibarra, J. A.: El problema hospitalario en México. "*El Médico*". Año 2 Núm. 9 Diciembre 1952. México, D. F.
4. Huerta, M. M.: Cifras actuales de la Medicina en México. *Hospitales y Clínicas*. Año 1. Núm. 1. Marzo 1968. México, D. F.
5. Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Censo y Planificación de Hospitales*. México, D. F., 1958.
6. Huerta, M. M.: *Manual de Geomédica Mexicana*. México, 1963.
7. Vega, A.: Relación de hospitales y número de camas en la República Mexicana. *Asociación Mexicana de Hospitales*, A. C. Trabajo en mimeógrafo. México, 1964.
8. Alvarez Amézquita, A.: Tendencias de la Salud Pública en el México actual. *Salud Pública de México*. Época V. Vol. VI, Núm. 2 Marzo-Abril. México, 1964.
9. Huerta, M. M.: *Manual de Geomédica Mexicana*. Tercera edición. México, 1966.
10. Fajardo O. G.

En 1910 había en el país 213 hospitales con 9 906 camas para 15 160 369 habitantes; la tasa de camas por mil habitantes era menor a uno.

México en 1945 tenía 438 hospitales con un total de 30 000 camas, la tasa era de 1.3.

En el cuadro 4 aparecen los datos de 1952, elaborados por el Dr. José A. Ibarra.

CUADRO 4

NUMERO Y TASAS DE CAMAS DE HOSPITAL EN 1952

Entidades Federativas	Habitantes	Núm. de Camas	Camas por mil Habitantes
Distrito Federal	3 138 476	14 112	4.5
Estados y Territorios	23 882 110	14 112	0.78
Total	27 020 576	32 778	1.2

En el estudio realizado en 1957 por la S. S. A. se obtuvieron los siguientes datos: había en México 1 132 hospitales, con 47 505 camas; por cada 1 000 habitantes existían 1.7 camas de hospital.

En 1960 existían 1 200 hospitales con 55 274 camas de hospital, 1.6 camas por mil habitantes; desde dicho año a la fecha ha habido un aumento numérico y proporcional; sin embargo el incremento de camas de hospital de México, ha sido muy lento; desde 1945 a la fecha el número de camas

por mil habitantes gira alrededor de 1.2 a 2.0, situación bastante desfavorable en cuanto a número, ya que se está por abajo de las cifras internacionalmente aceptadas, para medios como el nuestro; de 4.5 camas por cada mil habitantes. El déficit actual para alcanzar dicha tasa es de 112 000. Aunque es indudable que en algunos hospitales se podría atender un mayor número de pacientes con sólo mejorar su administración.

Aproximadamente un 75% del total de camas se encuentran en los centros urbanos, estando el resto en el medio campesino.

D.—TASAS DE CAMAS DE HOSPITAL POR ENTIDADES FEDERATIVAS EN 1955, 1960 Y 1965

De 1955 a 1965 en todas las entidades federativas del país hubo un aumento en las tasas de camas de hospital, sin embargo en el período de 1960 a 1965 en los Estados de Nuevo León y Puebla las tasas presentaron un descenso. Cuadro 5.

La situación general del país en 1965 presentó una gran variación de una entidad a otra: el Territorio de Baja California tenía 4 camas por mil habitantes, mientras Guerrero, Puebla y Zacatecas apenas llegaban a 0.7. El Distrito Federal, la capital del país ha presentado desde 1955 tasas iguales o superiores a 3, debe recordarse, que en dicha entidad hay gran número de hospitales de concentración de los diversos sistemas médicos del país, y que el Distrito Federal cuenta con servicios médicos propios con poco más de 2 000 camas.

Un análisis de la utilización de las camas de hospital y la comparación entre los servicios que otorgan y la demanda requerida permitiría más adecuadamente valorar la atención hospitalaria, que el señalar las tasas por entidades federativas. En otras palabras para calificar las necesidades de camas se debe tener en cuenta los *factores de demanda* (1. Estado de salud de los habitantes y 2. Que los pacientes sientan necesidad de servicio médico) y los *factores de oferta* (1. Producción de personal —médicos, enfermeras, dietistas, etc.—, 2. Especialización de los servicios y recursos médicos y 3. Productividad de las organizaciones médicas). Dichos factores son más útiles que la simple descripción "anatómica" del recurso cama.

CUADRO 5

TASAS DE CAMAS DE HOSPITAL POR ENTIDADES FEDERATIVAS EN 1955, 1960 y 1965

ENTIDADES FEDERATIVAS	T A S A S		
	1955	1960	1965
Aguascalientes	1.5	1.0	2.0
Baja California, Edo.	1.1	1.5	1.3
Baja California, Terr.	2.8	2.6	4.0
Campeche	1.7	1.6	2.1
Coahuila de Zaragoza	1.2	1.9	2.3
Colima	2.4	1.9	2.5
Chiapas	.5	.5	.9
Chihuahua	1.1	1.7	2.0
Distrito Federal	3.0	3.6	3.6
Durango	.7	1.0	2.5
Guanajuato	.8	1.0	1.5
Guerrero	.2	.4	.7
Hidalgo	.8	.9	1.4
Jalisco	1.2	1.7	1.8
México	.5	1.0	1.1
Michoacán	.5	.7	1.3
Morelos	.8	1.4	2.2
Nayarit	.7	.9	1.8
Nuevo León	1.3	2.0	1.5
Oaxaca	.3	.4	2.0
Puebla	.6	1.4	.7
Querétaro	.7	.8	1.8
Quintana Roo	2.2	1.3	3.2
San Luis Potosí	.7	.9	1.4
Sinaloa	.9	1.3	2.0
Sonora	1.9	2.2	2.7
Tabasco	.7	.7	1.6
Tamaulipas	1.3	1.7	2.4
Tlaxcala	.5	.6	1.3
Veracruz	1.1	1.5	2.7
Yucatán	2.0	2.9	3.0
Zacatecas	.4	.4	.7
TOTAL	1.1	1.6	2.0

Fuente: Manual de Geomédica Mexicana, Tercera edición. México, 1966.

E.—NUMERO Y PORCENTAJE DE CAMAS OFICIALES Y PARTICULARES EN 1965 y 1968

El número y porcentaje de camas de hospital oficiales y particulares de México fue estudiado en 1965 por el profesor M. Huerta Maldonado, de acuerdo con dicho estudio las camas gubernamentales y descentralizadas eran 48 497 (56.29%) y las camas de hospital de Asistencia Privada y privadas, eran 37 654 (43.71%). Cuadro 6.

CUADRO 6

NUMERO Y PORCENTAJE DE CAMAS OFICIALES Y PARTICULARES POR ENTIDADES FEDERATIVAS EN 1965

ENTIDADES FEDERATIVAS	OFICIALES		PARTICULARES		Total
	Número	%	Número	%	
Aguascalientes	269	45.75	319	54.25	588
Baja California Norte	481	48.63	508	51.37	989
Baja California Sur	226	58.55	160	41.45	386
Campeche	192	43.44	250	56.56	442
Coahuila	1 412	54.47	1 180	45.53	2 592
Colima	264	51.46	249	48.54	513
Chiapas	748	55.16	608	44.84	1 356
Chihuahua	1 450	46.28	1 683	53.74	3 133
Distrito Federal	13 497	59.76	9 085	44.24	22 582
Durango	1 112	51.86	1 032	48.14	2 144
Guanajuato	1 862	51.82	1 731	48.18	3 593
Guerrero	620	61.08	395	38.92	1 015
Hidalgo	1 215	75.37	397	24.63	1 612
Jalisco	2 320	42.61	3 124	57.39	5 444
México	1 984	70.58	827	29.42	2 811
Michoacán	1 744	58.58	1 233	41.42	2 977
Morelos	602	54.14	510	45.86	1 112
Nayarit	452	50.73	439	49.27	891
Nuevo León	1 227	56.67	938	43.33	2 165
Oaxaca	848	63.61	485	36.39	1 333
Puebla	2 145	45.96	2 522	54.04	4 667
Querétaro	472	61.70	293	38.30	765
Quintana Roo	160	65.47	52	24.53	212
San Luis Potosí	1 080	60.33	710	39.67	1 790
Sinaloa	1 317	64.84	714	35.16	2 031
Sonora	1 370	48.46	1 457	51.54	3 827
Tabasco	728	75.05	242	24.95	970
Tamaulipas	1 665	53.08	1 472	46.92	3 137
Tlaxcala	334	61.28	211	38.72	545
Veracruz	4 552	53.05	4 027	46.94	8 579
Yucatán	1 746	78.68	473	21.32	2 219
Zacatecas	403	55.13	328	44.87	731
MEXICO:	48 497	56.29	37 654	43.71	86 151

Fuente: *Manual de Geomédica Mexicana*. Tercera edición. México, 1966.

En siete entidades: Aguascalientes, Baja California Norte, Campeche, Chihuahua, Jalisco, Puebla y Sonora, el número de camas particulares excedía a las oficiales.

Para 1968 las cifras habían cambiado poco, 51 179 camas eran oficiales las que representaban el 57%; las camas particulares eran 38 850 que eran el 43% del total.

Las cifras anteriores demuestran la importancia de la iniciativa privada en la solución de los problemas de atención médica del país, y que los servicios hospitalarios de México responden a una "economía mixta", pública y privada.

F.—NUMERO Y PORCENTAJE DE CAMAS GUBERNAMENTALES Y DESCENTRALIZADAS EN 1968

En el cuadro 7 se presenta el número y porcentaje de camas gubernamentales y descentralizadas en 1968, se puede apreciar claramente que el mayor número de camas pertenece a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estando en segundo lugar el Instituto Mexicano del Seguro Social, en tercero el Departamento del Distrito Federal y en cuarto el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado.

CUADRO 7

NUMERO Y PORCENTAJE DE CAMAS GUBERNAMENTALES Y DESCENTRALIZADAS. 1968

INSTITUCION	Número de camas	Porcentaje
Secretaría de Salubridad y Asistencia.	29 151	58
Instituto Mexicano del Seguro Social.	13 890	27
Departamento del Distrito Federal	2 123	6
I.S.S.S.T.E.	1 692	3
FF. CC. NN.	1 332	3
Secretaría de la Defensa Nacional	1 250	2
PEMEX	401	0.5
Sria. de Hda y C. P. y Sria de Com. y Transp.	340	0.5
TOTAL	51 179	100

En el cuadro 8 se dan a conocer el número y las tasas de camas de hospital de instituciones que otorgan sus servicios a grupos específicos; es de señalar que la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y los Servicios Médicos de los Ferrocarriles Nacionales, cuentan con tasas superiores a tres. Las tasas del I. M. S. S. y del I. S. S. S. T. E., giran alrededor de 1.7 sin embargo debe tenerse en cuenta que estas instituciones subrogan gran cantidad de camas por lo que sus tasas deben ser superiores.

CUADRO 8

NUMERO Y TASAS DE CAMAS DE HOSPITAL DE INSTITUCIONES QUE SIRVEN A POBLACIONES ESPECIFICAS. 1968

INSTITUCIONES	Núm. total de Beneficiarios	Núm. total de Camas	Tasa
I.M.S.S.	8 000 000	13 890	1.7 *
I.S.S.S.T.E.	1 000 000	1692	1.7 *
Sria. de la Defensa			
Nacional.	350 00	1 250	3.5
FF. CC. NN.	375 000	1 332	3.5
PEMEX	210 000	401	1.9
Sria. Hda. y Créd.			
Público, y Sria.			
Comunic. y Transp.	88 000	340	3.8
Total	10 823 000	17 312	1.6

* No se incluyen camas subrogadas.

G.—ALGUNAS CONSIDERACIONES SOCIO-DEMOGRAFICAS EN RELACION A LA ATENCION MEDICA EN MEXICO EN 1968

Si se acepta que la población del país se puede dividir en urbana y rural, considerando para ello que los habitantes de localidades mayores de 5 000 habitantes viven en poblaciones urbanas y que los habitantes de localidades menores de 5 000 habitantes viven en poblaciones rurales; México en 1968 tenía 45 000 000 de habitantes, 20 000 000 en el medio urbano y 25 000 000 de habitantes en el medio rural.

La población rural constituía aproximadamente el 55% de los habitantes del país, la que recibía atención médica básicamente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social; la primera institución podía atender a 15 000 000 de habitantes y la segunda a 1 000 000 de habitantes; lo que significa que a 9 000 000 de habitantes de la zona rural les fue difícil recibir atención oportuna, a pesar de importantes y trascendentales programas médico-sanitarios, pues viven alejados en la montaña o en el altiplano debido a la falta de caminos vecinales.

De la población urbana, 7 000 000 de habitantes radicaron en la Ciudad de México, el resto 13 000 000 en estados y territorios.

En forma aproximada la población urbana estuvo atendida en la siguiente forma: Secretaría de

Salubridad y Asistencia 8 000 000; Instituto Mexicano del Seguro Social 7 000 000; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado 1 000 000, otras dependencias 4 000 000.

H.—SITUACION DE LA ADMINISTRACION Y PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

La situación que presenta la administración de los servicios médicos en el país es compleja, debido a la multiplicidad de organismos que rigen los mismos y a la falta de especialistas en ella, no más de 50 instituciones hospitalarias de 1915 que hoy se encuentran bajo la administración de especialistas en dicha disciplina, en las restantes, la administración de los nosocomios y clínicas está a cargo de médicos que no tienen antecedentes académicos en materia de administración.

En México con alguna frecuencia no se reconoce que la administración de toda clase de servicios médicos es hoy en día una especialización que posee su propia tecnología y que requiere el nombramiento de personas particularmente clasificadas para planear, organizar, dirigir y evaluar hospitales y clínicas. Es necesario señalar que los progresos de la administración son de tal característica que ya es cosa del pasado el nombramiento de una persona en puestos directivos de los servicios médicos por el solo hecho de sus elevados antecedentes en algún aspecto de la medicina, además el personal médico en esta situación rinde menos porque tiene además de sus obligaciones clínicas, numerosas obligaciones administrativas. Es indudable, que a veces, uno de los factores de atraso en la atención clínica, se debe a ello.

La mayoría de los hospitales presentan estructuras rígidas y obsoletas que fueran resultado de determinadas condiciones sociales y económicas. Los intentos que se han hecho para modificarlas han sido tímidos o no han contado con suficiente autoridad o bien han tenido enfoques parciales.

Como resultado de administraciones no técnicas ocurre que no hay una utilización óptima de los recursos hospitalarios, así suelen verse cifras de ocupación o rotaciones no adecuadas. El objetivo de una administración moderna en el ramo médico es hacer accesible al mayor número de personas los progresos de la medicina mediante una efectiva y eficiente utilización de los recursos humanos, económicos y materiales, haciendo una correcta aplicación del proceso administrativo.

En la mayoría de las instituciones gubernamentales y descentralizadas y no pocas particulares, los hospitales se planifican después de reunir los datos necesarios y de estudiar cuidadosamente el área en que se edificarán; en otras palabras la creación de hospitales se hace después de haber analizado información socio-económica, demográfica, sanitaria y geográfica; o sea que la planificación actual de unidades médicas se ajusta al número y amplitud de las funciones que van a desarrollar; sin embargo la planificación tiende a resolver los problemas inmediatos, no es costumbre realizarla a largo plazo, ni hacer una lista de prioridades ni de objetivos futuros.

I.—INVERSIONES Y COSTOS EN HOSPITALES

Si se considera que en 1968, México tenía 90 000 camas de hospital, que la superficie construida que requiere cada cama es de 40 a 50 metros cuadrados; la construcción total que hasta dicha fecha estaba destinada para el servicio de dichas camas sería de 4 500 000 metros cuadrados. El costo aproximado que tiene el metro cuadrado de construcción destinada a esta clase de servicios es de \$ 1 000.00 M/N. (Dls. 80.00), lo que hace una inversión en construcción de \$ 4 500 000 000.00 M/N. (Dls. 36 000 000.00).

La inversión en equipo que se requiere para cada cama es aproximadamente del 60% sobre el costo del metro cuadrado de construcción, es decir que a la inversión anterior se debe aumentar la cantidad de \$ 2 700 000 000.00 M/N. (Dls. 21 300 000.00), lo que hace un total de \$ 7 200 000 000.00 M/N. (Dls. 57 300 000.00).

Se debe señalar que en los costos anteriores no se ha tomado en cuenta el valor del terreno en donde se encuentre construido cada hospital, por las condiciones mismas de los lugares de ubicación y la variabilidad en el precio del mismo; tampoco se ha tomado en cuenta el costo de operación.

El costo día-cama en 1968 para la S. S. A. fue de \$ 81.00 M/N. (Dls. 6.58), para el I.M.S.S., de \$ 250.00 M/N. (Dls. 20.00), y para el I.S.S.S.T.E. de \$ 380.00 M/N. (Dls. 34.00), y para los Servicios Médicos del D. D. F. de \$ 151.00 M/N. (Dls. 12.08).

Los datos anteriores son una demostración parcial de la gran cantidad de dinero que el país invierte y gasta en un aspecto de la atención médica.

Tales cifras no son fáciles de evaluar ni de comparar, ya que hasta ahora no existen criterios uniformes para obtener costos unitarios, pues se le ha dado poca o ninguna importancia a la "Economía médica".

Es de notar que con alguna frecuencia en los presupuestos de operación no existen partidas destinadas a conservación de equipo, mobiliarios y edificios o son tan pequeñas, que el tiempo se encarga de mostrar claramente el error cometido. Por otra parte la costumbre o la falta de un criterio económico hacen que se incurra en gastos que pudieran no ser necesarios.

De aquí que el hospital actual sea una de las empresas más costosas de la sociedad actual.

J.—ALGUNAS CONSIDERACIONES ARQUITECTONICAS EN RELACION A LOS HOSPITALES

Los hospitales que persisten de la Epoca Colonial y de fines del siglo pasado, se caracterizan por ser construcciones macizas, las salas de hospitalización se encuentran separadas por corredores. Su disposición arquitectónica refleja el aspecto conventual, de aquí que las áreas de hospitalización sean por lo general grandes salas colectivas y a veces pequeñas celdas individuales; siendo difícil actualmente su funcionamiento; un ejemplo de establecimiento colonial es el Hospital de Jesús, el nosocomio más antiguo de América.

Al iniciarse el presente siglo surgen los hospitales formados por pabellones, separados por jardines, instituciones de este tipo fueron: el Hospital O'Horan de Yucatán, el antiguo Hospital General de Puebla y el desaparecido Manicomio La Castañeda. Por lo general cada pabellón estaba dedicado a un servicio específico; cirugía de abdomen, habitaciones para personal, cocina, depósito de cadáveres, etc. Los pabellones de hospitalización alojan habitualmente de 30 a 60 enfermos, separados en ocasiones por biombos.

Después de 1930 surgen los hospitales "unitarios" o "verticales", con una diferenciación racional de servicios, con instalaciones que facilitan el trabajo, ejemplos son: el Hospital Central Militar, el Hospital General de Manzanillo, el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", el Centro Médico Nacional del I. M. S. S., el Centro de Salud en tres camas de Caltepec, Pue.

Con frecuencia —y desde hace cuatro siglos— los hospitales han sido acondicionados, adaptando edificios a nuevas necesidades; por otra parte suelen remozarse, a veces no muy afortunadamente, dando lugar a construcciones que ningún arquitecto haría si dispusiera de todas las facilidades.

K.—PERSONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

En los hospitales del país laboran personas de todas clases sociales, de muy diferentes estados económicos y con grandes diferencias en su preparación escolar y académica. En promedio laboran dos personas por cama de hospital, lo que significa que trabajan en la "industria" hospitalaria del país cuando menos 180 000 personas, lo que traducido monetariamente significa \$ 2 000 000 000.00 M/N. (Dls. 160 000 000.00) anualmente.

L.—FUTURO

No resulta fácil abordar tan interesante e importante problema en este trabajo, sin embargo el porvenir estará dado por la evolución social, técnica y científica del país, y por las investigaciones y estudios que se hagan sobre nuestra realidad médica.

Es indudable que el conocimiento de la situación actual es el primer paso para una superación, el hecho de que exista una coordinación intrainstitucional,

de que se formen especialistas en administración de la atención médica y de que se sitúe a la salud como parte y resultante del desarrollo socio-económico, permiten señalar que habrá mejoría.

M — RESUMEN

Se señala que la atención hospitalaria es parte y resultante del contexto social y económico del país, siendo sus costos de inversión y operación muy altos.

Los servicios hospitalarios de México están a cargo de sistemas públicos, regímenes de seguridad social y organismos privados, siendo insuficientes en su número y en su distribución geográfica y social.

En 1968 para una población de 45 000 000 de habitantes, existían 87 000 camas lo que significa que por cada mil habitantes había 2.0 camas, cifra de las más bajas para América.

Los problemas básicos de salud del país son enfermedades infecciosas, mala nutrición y accidentes.

La gran dispersión e irregularidad de la distribución de la población del país son causa y efecto para que la gran mayoría de los trabajadores de la medicina —los cuales son insuficientes en número— se encuentren en poblaciones o comunidades de importancia.

REFERENCIAS

- ALARCON, D.: *Valuación de la necesidad de médicos de la República Mexicana y Planeación de la enseñanza médica*. México, 1965.
- ALVA, M.: *Nueva organización de los servicios Médicos del Distrito Federal*. Gaceta Médica del Distrito. No. I Año 1. Enero, febrero y marzo de 1967.
- ALVAREZ ORDÓÑEZ, J.: *La infraestructura de la salud y la Comisión Constructora. Salud Pública de México*. Epoca V. Volumen X. Septiembre-Octubre 1968. 589:593.
- FAJARDO, G.: *Teoría y práctica de la administración de la atención médica y hospitales*. Prensa Médica Mexicana. México, 1969. (En prensa).
- FAJARDO, G.: *Valor económico de la salud*.—Treinta y tres. Uruguay. 1965.
- LEAL DE ARAUJO, L.: *Aspectos económicos del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Cuadernos Americanos, México, 1966.
- NERI, R. y FERNANDEZ DE CASTRO, J.: *Evolución y tendencia de las inversiones de salud pública en México durante los últimos 50 años*. Salud Pública de México. Epoca V. Volumen X. Marzo-Abril de 1968. 147:157.
- SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA. *Inversión Pública Federal Autorizada*. 1965-1966. México. 1967.
- TREJO, R.: *La administración de hospitales en la economía de México*. Boletín Carrera de Administración de Hospitales. Núm. 2. Enero de 1961. 1 México.