

ASPECTOS DE PLANEACION MEDICA HOSPITALARIA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL*

DR. CARLOS ZAMARRIPA TORRES

INTRODUCCIÓN

PONGO A LA CONSIDERACIÓN de ustedes este trabajo porque estimo que la planeación para construir clínicas, hospitales y otros tipos de unidades médicas, es un asunto de carácter médico social que conviene conocer, aunque sea a grandes rasgos.

Este trabajo se refiere a una acción ininterrumpida de veinte años en el seno de una misma institución, el Instituto Mexicano del Seguro Social. Durante este período, los propósitos fundamentales para crear su red nacional de unidades médicas han mantenido una definida y valiosa continuidad a través de varias administraciones del Instituto, si bien cada una ha marcado características particulares y tendencias importantes de superación. En este desarrollo institucional de planeación hospitalaria, se ha hecho indispensable una actividad especial: la asesoría médica.

Los aspectos de la labor de la asesoría médica que se exponen en seguida deben juzgarse en razón de las necesidades confrontadas por nuestro Seguro Social, esperando que sean motivo de reflexiones y críticas constructivas, de referencia y comparación, provocando iniciativas que contribuyan a encontrar caminos para superar la etapa médico social que vivimos. Cualquier defecto que tenga este trabajo es responsabilidad personal de su autor.

Se hará referencia sólo a la planeación de unidades para consulta externa y hospitalización de enfermos con padecimientos agudos o que requieren estancias cortas.

GENERALIDADES

El Seguro Social Mexicano tiene qué impartir asistencia médica integral a sus derechohabientes, distinguiéndolos sólo por el grado de necesidad para recibirla.

* Trabajo leído por su autor en la sesión ordinaria del 21 de agosto de 1963.

Su programa específico de servicios médicos tiene por propósito poner a disposición de su población amparada la medicina científica de nuestro tiempo.

Entre los elementos necesarios para proporcionar esa medicina científica e integral, se encuentran las clínicas, los hospitales, las unidades médicas móviles.

La Ley del Seguro Social establece que las reservas del Instituto podrán invertirse, hasta en un 80% en la adquisición, construcción y financiamiento de hospitales, sanatorios, maternidades, dispensarios y otros muebles e inmuebles propios para los fines de la institución.

NECESIDAD DE UNIDADES MÉDICAS

En el año de 1943, decretada la implantación del Régimen del Seguro Social en el Distrito Federal, se iniciaron los trabajos generales de preparación para iniciar más tarde los servicios médicos. Sin embargo, al iniciarse los servicios en enero de 1944, el Instituto carecía de instalaciones médicas. Para impartir servicios médicos tuvo que subrogar servicios que ya existían para la asistencia médica de obreros y que funcionaban antes del establecimiento de la Ley del Seguro Social; se contrataron sanatorios y hospitales públicos y privados, y se adaptaron edificios para clínicas y hospitales. En general, los elementos disponibles eran insuficientes, poco funcionales y no correspondían a los propósitos del Seguro Social. Urgía, por lo tanto, que el Instituto construyera sus propias unidades médicas.

ETAPAS DE PLANEACIÓN

Con fecha 1º de septiembre de 1944 se convocó a un concurso para el anteproyecto del primer hospital de zona que habría de construirse frente al Monumento de la Raza en México, Distrito Federal. El programa médico arquitectónico se hizo por personal del Instituto, con normas extranjeras y algunas nacionales.

Un año de servicios impartidos y los proyectos de extensión del régimen hicieron necesario revisar los planes para construir hospitales. En enero de 1945, durante la Primera Asamblea de Directivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, se inició la tendencia de planear la construcción de unidades médicas con criterio uniforme y participación activa de médicos, arquitectos e ingenieros. Creada en esa época una Oficina de Planeación de Hospitales, comenzó a definirse el valor de la asesoría médica en este campo de actividades. Aprovechando la experiencia obtenida hasta entonces con los servicios impartidos y los problemas confrontados, una comisión especial de médicos formuló el programa para la Clínica Tipo del Distrito Federal; se fijaron bases para consultorios

periféricos y se hicieron programas para los hospitales de la Raza, de Narvarte y de la Maternidad No 1 en el D. F.

Entre los años de 1947 y 1952, se reorganizó la planeación hospitalaria del Instituto a fin de intensificar los trabajos encaminados a resolver el problema de carencia de locales adecuados para la asistencia médica; se utilizaron mejor las experiencias recogidas en las dependencias de la institución; se procuró desechar toda tendencia ajena a sus necesidades particulares, comenzando a plasmarse las características y modalidades propias de las unidades médicas del Seguro Social Mexicano

En el año de 1950, el I.M.S.S. envió un grupo de profesionales a su servicio para prepararse especialmente en administración de hospitales en diversas universidades norteamericanas. Estos profesionales integraron la Comisión de Planeación y Organización de Hospitales, formada en 1953, aplicándose al estudio de diversos problemas hospitalarios del Distrito Federal y avocándose la tarea de poner en marcha el Hospital de Zona No. 1 (Hospital de la Raza) y el Hospital del Seguro Social en la ciudad de Monterrey, N. L.

A partir de enero de 1959, con la creación de la Comisión de Construcción de Unidades Médicas, dependiente del Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos, de la Subdirección General Médica del I.M.S.S., se consolidó el trabajo de Asesoría Médica en la planeación de las instalaciones requeridas por el Instituto para impartir sus prestaciones en especie.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PLANEACIÓN NACIONAL DE UNIDADES MÉDICAS

Diversos factores dan sentido a las modalidades propias de las unidades médicas que requiere el I.M.S.S., por ejemplo:

Progreso científico: El progreso de la ciencia médica, perfeccionando constantemente los medios de diagnóstico y tratamiento, originan cambios y hacen indispensable algunos ajustes en la planeación de las clínicas y hospitales.

Práctica de la medicina en el Seguro Social: La práctica actual de la medicina, que para ser verdaderamente fructífera tiene qué aunar a las preocupaciones especiales del profesional, una serena comprensión de la realidad humana, una actitud alerta sobre los acontecimientos sociales y políticos de la época.

Organización y calidad de los servicios: El empeño tenaz que se ha tenido en los últimos cinco años por organizar mejor y elevar la calidad de las prestaciones médicas, considerando que los aspectos cualitativos de la asistencia médica son el único medio de garantizar que sea oportuna y eficaz, impartida por igual a todos los derechohabientes, y condición ineludible para obtener costos racionalmente menores y fuentes de progreso médico.

Medicina y prestaciones sociales: Las prestaciones médicas no serían efec-

tivas ni impresionantes, si no se enlazaran con otras actividades del hombre. La tendencia actual de que las unidades médicas formen parte de las unidades de servicios sociales, con fines de previsión social y de promoción del bienestar familiar y de la seguridad social.

Extensión geográfica del Seguro Social: También la extensión geográfica del régimen reclama consideraciones especiales en los programas para edificar unidades médicas, baste señalar que al terminar el año de 1962, el régimen estaba implantado en 160 ciudades, 234 pueblos, 82 villas, 427 ranchos, 392 ejidos, 174 colonias agrícolas y otros 338 que incluyen congregaciones, haciendas, fincas, predios rústicos, fraccionamientos, granjas, barrios y campamentos, sumando un total de 1,807 localidades.

Aumento de derechohabientes: El aumento continuo de derechohabientes al régimen del Seguro Social influye, asimismo, en la planeación de unidades médicas. En 1944 había 355,527 derechohabientes urbanos, cifra que subió al terminar el año de 1962 a 5,104,910, número compuesto por 4,746,610 urbanos, 276,300 del campo y 82,000 pensionados.

Incorporación de diversos grupos de asegurados: Inicialmente el régimen amparaba sólo a trabajadores urbanos, asalariados y miembros de cooperativas en producción; en 1954 se incorporaron algunos trabajadores del campo; en 1955 los trabajadores de instituciones de crédito y organizaciones auxiliares, de seguros y fianzas; en 1960 se precisó las categorías de trabajadores del campo y se extendió el seguro a los trabajadores eventuales y temporales urbanos, incluyendo a los de la industria de la construcción; en junio de 1963 se puso en vigor el decreto para la incorporación de los campesinos que laboran en la producción de la caña de azúcar.

Ampliación del seguro a familiares: También se amplían los beneficios a los familiares de los trabajadores. En 1944 sus beneficios se extendieron de inmediato a los familiares de los trabajadores amparados; en 1949 se determinó que también la esposa o compañera y los hijos menores de 16 años de los pensionados tuvieran derecho a prestaciones sanitarias; a partir de 1957 se agregan como beneficiarios al padre y la madre del asegurado y se estableció el disfrute adicional de prestaciones a los hijos mayores de 16 años, que puede prolongarse hasta los 25 años de edad.

Previsiones: Este desarrollo del Seguro Social plantea la necesidad de avivar el sentido de previsión sobre necesidades reales, actuales y futuras. Se estima en un 32% el crecimiento natural de la población derechohabiente en cinco años. Pero además deben determinarse las cifras de cobertura requeridas por movimientos de incorporación de nuevos grupos de asegurados.

Docencia e investigación: Se reconoce actualmente que las unidades médicas del Seguro Social deben reunir condiciones para impartir enseñanza médica, para preparar y adiestrar a su personal y realizar trabajos de investigación.

Servicios impartidos: Se toma en consideración la experiencia y datos obtenidos de los servicios médicos impartidos para incorporar un elemento físico funcional, una institución especial, cuanto sea indispensable para un buen servicio médico.

Económicos: Una buena planeación también debe evitar gastos inútiles de construcción y de operación de la unidad cuando esté en pleno funcionamiento.

PROPÓSITO GENERAL DE LA PLANEACIÓN MÉDICA

Tomando en cuenta lo anterior se pueden plantear como propósitos generales de la planeación médica para unidades del Seguro Social las siguientes:

1. Integrar una red nacional de unidades médicas para impartir asistencia médica completa, eficaz y oportuna.
2. Que el sistema planteado sea flexible para ajustarse a las necesidades nuevas que confronta el desarrollo del régimen.
3. Que esa red de unidades médicas funcione coordinadamente.
4. Disponer de los tipos de unidades médicas necesarias que tengan uniformidad básica razonable.

TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS

El sistema nacional de unidades médicas del I.M.S.S. cuenta con unidades médicas cuyas características fundamentales permiten hacer grupos de aceptable diferenciación.

Tipos básicos de unidades médicas:

Centro Médico
Hospital
Clínica
Puesto Periférico
Puesto de Fábrica
Unidad móvil.

Por sus servicios y capacidad pueden ser:

Centros Médicos
Hospitales:

- a) generales
- b) de especialidad.

Clínicas:

- a) de medicina general, con especialidades médico-quirúrgicas y servicios de cirugía menor.
- b) de medicina general con especialidades médico-quirúrgicas.
- c) de medicina general.

Puestos Periféricos:

- a) N-1 sin laboratorio clínico ni radiodiagnóstico con habitación para enfermera.
- b) N-2 con laboratorio clínico, radiodiagnóstico y habitaciones operativas.
- c) de visita, para estación de unidades móviles o lugares especiales

Puestos de Fábrica:

Tipo único.

Unidades móviles:

- a) médicas
- b) dentales.

Por su ubicación serán:

Centros médicos:

- a) nacionales.
- b) regionales.

Hospitales.

- a) regionales
- b) subregionales
- c) locales.

Clínicas:

- a) de concentración
- b) de adscripción.

Puestos Periféricos:

Para 3,000 derechohabientes y con recorridos menores de 15 kilómetros o veinte minutos de tiempo.

Para pequeños núcleos de población urbana o estaciones de unidades móviles.

Puestos de Fábrica:

Según grado de riesgos, número de trabajadores y ubicación de la empresa con relación a otras unidades médicas.

Unidades móviles:

Dependientes de alguna unidad médica fija.

REGIONALIZACIÓN DE LA RED NACIONAL DE UNIDADES MÉDICAS

La extensión y sus condiciones geográficas del país, la dispersión de los derechohabientes y la necesidad de una buena coordinación entre las unidades médicas para proporcionarles asistencia médica, hacen que el sistema de organización regional de las diversas unidades médicas sea el más adecuado.

Dentro de este sistema, los enfermos podrán trasladarse por orden médica de unidades menores a las regionales, cuando se justifique esa necesidad y sus casos no puedan atenderse satisfactoriamente en su unidad de adscripción; será fácil el intercambio de informaciones y las unidades menores resolverán mejor sus problemas técnicos y administrativos. Pero las unidades subregionales, locales o periféricas, estarán obligadas a enviar sus enfermos bien estudiados, los problemas planteados cuidadosamente y quedarán comprometidas a continuar la vigilancia y atención médica de los pacientes que les devuelvan, así como a realizar los trabajos que se les haya programado.

La red de unidades médicas tenía al 31 de mayo del año en curso, según datos del Departamento de Estadística, 884 unidades médicas en servicio.

Para 1963, el programa de construcciones del I.M.S.S. comprendía 45 clínicas, 43 hospitales, 82 puestos periféricos y 15 unidades móviles, haciendo un total de 185 nuevas unidades médicas.

BASES Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL I.M.S.S.

Con la experiencia recogida en estas actividades de planeación hospitalaria, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha formado su criterio y sus bases o índices propios para construir sus unidades médicas. Ante la imposibilidad de presentarlos esta ocasión, sólo apunto algunos como ejemplos:

1. Para determinar el número de camas de hospital general agudo, utilizamos el índice de 2.5 camas por cada 1,000 derechohabientes, con pequeñas variantes de acuerdo con los estudios particulares que se llevan a cabo.
2. La distribución de camas obtenidas se hace en términos generales de la manera siguiente:

Para cirugía	35%
Para ginecoobstetricia	25%
Para pediatría	20 - 25%
Para medicina interna	15 - 20%

3. El número de consultorios para consulta externa lo calculamos como sigue:

Un consultorio para medicina general por cada 3,000 derechohabientes.
0.033 de consultorio dental por 1,000 derechohabientes.

0.125 de consultorio de especialidades médico-quirúrgicas por cada 1,000 derechohabientes con distribución porcentual, de acuerdo con los datos de servicios impartidos que se tienen hasta la fecha.

Un local para medicina preventiva en cada clínica.

4. Para darle un sentido humano de mayor comprensión y dignidad a las unidades médicas, en hospitales de más de 50 camas, los servicios de maternidad se planean físicamente separados del resto de la unidad, dándoles una solución funcional, presentación agradable y alentadora para las madres, los niños y los familiares que los visitan.
5. Todas las unidades médicas, en la proporción de sus servicios, se planean con medio para realizar actividades de enseñanza e investigaciones académicas y sociales; incorporando bibliotecas, aulas, salas de juntas, etc.

PROYECCIÓN INTERNACIONAL

Los trabajos de planeación hospitalaria del I.M.S.S. han llegado al campo internacional.

En marzo de 1960 los delegados del Instituto Mexicano del Seguro Social, lograron que en el seno de la Comisión Regional Americana Médico-Social se reconociera la importancia de tener buenas instalaciones médicas como medio para mejorar la calidad de la asistencia médica y su indiscutible relación con el financiamiento del seguro de enfermedad.

La misma Comisión Médico-Social incluyó, por primera vez y a propuesta de México, como punto de su programa de trabajos, el relativo a la planeación y construcción de instalaciones médicas.

Ese mismo año, en la VI Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la misma delegación mexicana manifestó que "entre los medios más eficaces para mejorar la calidad de los servicios médicos están las bases para la organización de servicios médicos eficientes, con la planeación de unidades médicas, según las necesidades y de acuerdo con las orientaciones modernas, señalando tipos y sitios en que deben construirse". Dejando constancia de

que en el Instituto Mexicano del Seguro Social se han designado comisiones para tales objetos y se cuenta ya con normas técnicas propias para la edificación de sus unidades médicas.

En la II Reunión de las Comisiones Regionales Americanas de Seguridad Social, que se llevó a cabo en marzo de 1963, la Delegación del I.M.S.S. presentó, en lineamientos generales, cómo está formada su red nacional de unidades médicas; nuevamente se reconoció que la formulación de programas para construir unidades médicas es importante para mejorar la calidad de los servicios médicos, que debe hacerse con base en las necesidades reales de cada país, pero con técnica especializada médica y arquitectónica.

El I.M.S.S. ha recibido solicitud de ayuda en planeación hospitalaria de varios países centroamericanos, habiéndola impartido: en 1961, a Costa Rica; en 1962-1963, a Honduras, y a El Salvador, en 1963.

Así es como el asesor médico ocupa un puesto de lucha, no un empleo, por el mejoramiento sanitario del país.

CONCLUSIONES

A través de veinte años de labor continua, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha formado su criterio y definido sus bases propias de planeación hospitalaria.

Esa planeación requiere, en nuestros días, la participación de una asesoría médica especializada, la aplicación de una técnica definida y el conocimiento particular de la institución.

De ese modo, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha integrado su red nacional de unidades médicas, con un sistema regional y coordinado, escalonado con diversos tipos de unidades.

Una tendencia general destacada en esta planeación hospitalaria del I.M.S.S. es aunar el saber científico de la época con las preocupaciones fundamentales del hombre, en la formulación de todo programa o plan para construir unidades médicas.

Asimismo, se considera que las unidades médicas son medios de impartir asistencia médica, que deben utilizarse inteligentemente, con sólida preparación técnica, con responsabilidad profesional y con profundo sentido social y humano.

COMENTARIO AL TRABAJO "ASPECTOS DE PLANEACION
MEDICA HOSPITALARIA EN EL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"*

DR. LUIS MÉNDEZ

EN mi carácter de académico, me complazco en hacer el comentario oficial al trabajo del Dr. Zamarripa, ya que en él trae a nuestra Academia una visión general sobre la forma en que se desarrollan las actividades médico-sociales para la asistencia hospitalaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En México y en el mundo es un fenómeno que interesa por igual tanto a los que cultivamos las disciplinas biológicas como a los que cultivan disciplinas sociales, económicas, demográficas y políticas; el de los orígenes, el desarrollo y la integración cada vez más completa, de un organismo que ha encontrado sus cauces propios a fin de acercarse al objetivo de la medicina, señalado hace ya muchos años por Sigerist: mantener al hombre en las mejores condiciones de bienestar y de salud y, de fallar tal previsión, devolverle dichos atributos en el mínimo de tiempo y con ahorro de sufrimiento.

A medida que el hombre ejerce un dominio mayor sobre la naturaleza, encuentra fuerza y medios que, bien encauzados le favorecen. Para el médico es esencial que considere al hombre como parte integrante de la misma naturaleza y que, al influirla se influye a sí mismo. En ella ha sido más fácil dominar los medios físicos de nuestro planeta, comprender e iniciar cierto dominio sobre los medios físicos extraplanetarios, que lograr una comprensión cabal y un dominio adecuado de nosotros mismos los hombres. Si el médico busca entender primero para después ayudar y servir al hombre, ha de comprender la realidad y la naturaleza con una postura objetiva y con un pensamiento lógico, sin que permita la interferencia de interpretaciones mágicas, que limiten o que desvirtúen su acción.

Conocemos suficientemente cuales son los elementos y las fuerzas que amenazan, que a veces atacan y que en ocasiones destruyen la salud. Conocemos tam-

* Leído por su autor en la sesión ordinaria del día 21 de agosto de 1963.

bién los medios y la técnica para conjurar amenazas, atemperar ataques y evitar la destrucción de la salud. Todo lo que se encamine para que de tal conocimiento deriven los medios con los que podamos actuar oportuna y eficazmente, hará que seamos más fuertes como agentes propiciadores de la misma.

La sorprendente y rápida evolución de la medicina nos ha obligado a conocer más de física, de química, de estadística y, sin embargo, nos hemos desentendido un tanto de disciplinas como la sociología y la economía; lo que puede redundar en perjuicio de nuestra capacidad intelectual de médicos y de nuestra eficacia profesional.

El régimen de seguridad social, que en 20 años ha alcanzado ya muchas metas en México y que continúa en progreso acelerado, ofrece a la profesión médica el campo más propicio para que la medicina se desarrolle integralmente y para que se aplique adecuadamente.

En la aplicación de los conocimientos médicos son indispensables los elementos físicos que permitan la ejecución de las técnicas, esto se ha comprendido en el Instituto Mexicano del Seguro Social y por ello se hacen esfuerzos para contar con los especialistas que, agrupados de acuerdo con su habilidad permitan la obtención de tales elementos físicos. Pero no hemos caído en el culto a la técnica y a los medios materiales que la hacen posible, sino que siempre hemos considerado a éstos y aquéllos, como subordinados a la doctrina humanista que constituye la esencia de la doctrina de seguridad social mexicana y que, ha quedado muy bien definida por el Director General del I.M.S.S., en la "Carta de México" presentada a la 6ª Conferencia Interamericana de Seguridad Social en septiembre de 1960.

El Dr. Zamarripa es uno de los más calificados en nuestra Academia, para presentar el tema que ha sido objeto de su trabajo, pues él ha vivido, desde su iniciación, los días aciagos de nuestra seguridad social en los que el impulso generoso para mejorar la vida humana en México, chocaba con la incompreensión y con el egoísmo, y él, posteriormente, se ha capacitado para ser uno de los especialistas más concienzudos en la rama que tanto significa para la buena evolución de la medicina y de la seguridad social, ahora ya bien consolidada.

Le agradezco con viva satisfacción, que haya solicitado a la Directiva de nuestra Academia que me fuera encomendado el comentario de su interesante comunicación.