

**ESTADO ACTUAL Y TENDENCIAS
DE LOS HOSPITALES EN MEXICO ***

I

INTRODUCCION

CARLOS ZAMARRIPA-TORRES ‡

LA MESA DIRECTIVA de nuestra Corporación, con afán de extender sus actividades médico sociales, pidió a la Comisión de Hospitales, preparar un estudio acerca del estado actual y tendencias de los hospitales en México.

Es natural y justificada su determinación. El hospital es el elemento capital de la estructura médica moderna, que no puede sustraerse al desarrollo económico y social del país, y tiene que responder a las características de la sociedad en cada época de su evolución.

Sabemos que de pocos años a nuestros días, acaso no más de 35, crece notablemente el interés por tener más y mejores hospitales. De ahí que ahora, observemos suntuosas edificaciones bien dotados de equipo y acertadamente funcionales. Y si nos asomamos a su interior, el ánimo bien dispuesto, ad-

vertimos buena atención a los pacientes, deseo sostenido de perfeccionamiento entre el personal y logros trascendentes para el bienestar humano.

También, nos percatamos que los hospitales, los buenos hospitales, desbordan, cada día más, sus muros tradicionales y transforman su ambiente. Ahora van más allá de cumplir una función curativa, por excelente que sea. Participan en la lucha por evitar que la salud sea víctima de sus agresores. Si no pueden evitarlo, reparan los daños, reconstruyen y rehabilitan al hombre, procurando que disfrute de una vida productiva, ajustada a su medio y placentera. Beneficios individuales pero que alcanzan al grupo familiar y, consecuentemente, a toda la sociedad.

Además, comprobamos que los hospitales de hoy, son surtidores insustituibles de educación, que no sólo de instrucción, de médicos, enfermeras y demás personal de sus servicios. Y en su recinto se efectúan, en grado variable, investigaciones científicas y clí-

* Mesa redonda presentada en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 28 de abril de 1971.

‡ Académico numerario. Hospital Juárez. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

nicas, epidemiológicas y biosociales, administrativas específicas y otras.

Por eso atraen, dan ocupación y sirven a hombres sanos y enfermos, a profesionales de la medicina y de otras disciplinas, investigadores y maestros de rangos diferentes, sanitaristas y técnicos especializados, administradores y a expertos en estadística, así como a hombres de estado.

Nuevo concepto de hospital, formado al influjo de varios determinantes, como el evidente adelanto científico y tecnológico, y los derivados de la evolución social.

Pero estamos en plena marcha, con el paso apresurado para elevar nuestro nivel de vida, aunque con serios huecos que cubrir, necesidades insatisfechas y recursos limitados.

Eso trae de la mano la conveniencia de revisar y ajustar planes que acrecienten la productividad de los servicios de hospital; que logren mayor accesibilidad de la población a sus beneficios. Tarea difícil pero necesaria y posible de realizar, que requiere una participación activa e incansable de todos quienes, en alguna forma, trabajamos en el campo de la salud.

II

ESTADO ACTUAL Y TENDENCIAS GENERALES

RUBÉN VASCONCELOS *

AUNQUE EL TEMA podría dividirse en dos partes, una referente a la situación de nuestros hospitales en la actualidad y la otra que puede ser examinada en su desenvolvimiento histórico o en su probable desarrollo futuro, he preferido considerarlo un tema único en cuyo estudio sería deseable mantener el equilibrio entre lo médico y lo social, además de que la actualidad será mejor comprendida si examinamos las tendencias en un lapso que nos permita observar su continuidad o sus alternativas.

Para ese propósito me pareció muy adecuado, omitiendo hasta donde me fuera posible los datos sobre salubridad, recoger lo relativo a la asistencia y la medicina públicas contenido en la obra *Los Presidentes ante la Nación* editada por la XLVI Legislatura en 1966, en la cual aparecen los informes presidenciales de 145 años a partir de 1821.

Se examinaron esos documentos a partir de 1925 porque en ese año sufría el país las últimas convulsiones de la larga lucha revolucionaria e iniciaba la organización de sus institu-

* Académico numerario.

ciones guiados por Plutarco Elías Calles quien, sin disimular en su primer informe al Congreso las dificultades que su gobierno enfrentaba, dijo: "...Nuestra situación económica ha impuesto duros sacrificios; ha sido necesario restablecer el equilibrio fiscal introduciendo economías compatibles con el desempeño eficaz de los servicios públicos..." Así se explica su decreto del 16 de julio de 1924 creando la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, la cual manejó los bienes y caudales a su cuidado de tal manera, que el Presidente pudo afirmar el 10. de septiembre de 1925: "...La bonancible situación en que ahora se encuentra (la Beneficencia) le ha permitido mejorar las condiciones de vida de los asilados, dotar a los hospitales con toda amplitud, de medicinas, aparatos y ropas de cama..." En ese año había 6 116 personas asiladas en los establecimientos de la Beneficencia y en los consultorios se habían atendido 411 861 pacientes.

En diciembre de 1928 se inició un agitado periodo presidencial en el que se sucedieron como consecuencia de la muerte del general Obregón, el licenciado Emilio Portes Gil como interino y el ingeniero Pascual Ortiz Rubio por elección; en 1930 reorganizó la Junta Directiva creada cinco años antes y se refirió "...al grave problema financiero de la Beneficencia..." a pesar del cual manejó un presupuesto de 5.5 millones de pesos y sostuvo a 6 483 pacientes en sus hospitales en los que se pudieron realizar algunas mejoras materiales.

En 1932 renunció el ingeniero Ortiz Rubio y fue designado el general Abelardo L. Rodríguez como sustituto para terminar el periodo; en ese lapso se hicieron nuevas mejoras a los viejos hospitales, se inició la construcción del Hospital del Niño y se continuaron las obras del Sanatorio Antituberculoso de Huipulco.

Durante el periodo de Lázaro Cárdenas, el primero de duración sexenal (1934-1940), tan lleno de hechos históricos importantes, lo más notorio respecto a medicina pública fue la creación de la Secretaría de Asistencia Pública, sobre lo cual dijo el Presidente: "En el sexenio que ahora termina sufrió una transformación completa el concepto, la finalidad y los métodos de asistencia social, y la cantidad de los servicios relativos tuvo importantes aumentos." "Anteriormente no se consideraba la Asistencia como parte importante de la acción federal, sino que estaba atendida por los gobiernos locales y por las Beneficencias Públicas y Privadas..."

Fue también el Presidente Cárdenas quien afirmó: "...no hubiera querido dejar pasar la etapa de esta administración sin haber promovido la iniciativa de ley sobre Seguro Social cuya presencia en nuestro sistema de instituciones se hace inaplazable..." En 1940 fue sometido a la consideración de las cámaras legisladoras el proyecto aludido; su estudio se prolongó, como es bien sabido, hasta 1943 cuando por fin fue promulgada por el entonces Presidente de la República, don Manuel Avila Camacho, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En ese sexenio (1940-1946) la construcción hospitalaria cobró particular vigor; se terminaron 18 hospitales regionales, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología, varias Maternidades, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el de Neumología "Dr. Manuel Gea González"; además, muchas otras obras de menor cuantía. En su último informe el Presidente Avila Camacho declaró: "...El hecho administrativo de mayor trascendencia para las instituciones sanitarias del país, durante el presente sexenio, lo constituye la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia. . ."

No es difícil que cuando sea posible realizar el balance crítico de la medicina mexicana contemporánea, este juicio presidencial se interprete en más de un sentido, pues ya don Miguel Alemán, en su primer informe, deja constancia de la reorganización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la creación de la Comisión Técnica de Estudio y Planeación de Obras Asistenciales. Durante todo este sexenio (1946-1952) continuó la expansión del sistema hospitalario mexicano, sobre todo por el desarrollo acelerado del I.M.S.S. que en 1946 atendía a 357 000 personas y en 1951 había rebasado la cifra de un millón de afiliados.

Como resultado de esa febril actividad constructora durante dos sexenios consecutivos, don Adolfo Ruiz Cortines, en su primer informe (1953) declara: "Se cuenta en la actualidad con 186 hospitales que suman 16 426 ca-

mas. . ."; pero al lado de esto se refiere a su programa de Centros de Bienestar Social Rural iniciado ese año con cuatro de ellos, y al de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. Al terminar don Adolfo su discreta y eficiente gestión, informa: "La Secretaría de Salubridad y Asistencia tuvo a su disposición en el sexenio 2 286 millones del presupuesto federal, más 411 de la Lotería Nacional y 128 de recursos particulares. Se construyeron 315 hospitales —uno por semana— y el total de camas, federales, oficiales y privadas, es de 47 500." El programa de Bienestar Social Rural llegó a 502 Centros en 4 400 localidades con 6 millones de habitantes; en ellos se erogaron 89 millones de los cuales los campesinos aportaron 46. El Instituto Mexicano del Seguro Social se había extendido en toda la República y tenía 2 564 000 derechohabientes. Sus hospitales eran 105 con 7 410 camas. Era ya muy notoria la reducción en la mortalidad.

Don Adolfo López Mateos (1958-1964) dice en su primer informe: "La mortalidad general se estima en 12.7 por mil. Funcionan 549 Centros de Bienestar Social Rural y para sus erogaciones que sumaron 26 millones, los campesinos aportaron 10". Un año más tarde sólo se refirió a la gran reducción en la morbilidad del paludismo con sólo 1 689 casos y su mortalidad nula. En 1961 sólo hubo 1 460 casos de paludismo. Los programas de mejoramiento sanitario rural se desarrollaron en 1 208 localidades; entraron en servicio 65 hospitales rurales y 19 centros neumológicos de diagnóstico y

tratamiento para campesinos. De las 3 629 camas disponibles en centros de reciente creación, 1 609 fueron para campesinos. En ese año se transforma la Dirección de Pensiones en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y se inaugura el hospital "20 de Noviembre" con 680 camas; también se pone en servicio la granja para enfermos mentales de Zoquiapan para 500 asilados y una escuela-granja para 120 alumnos débiles mentales. En este informe también se lee: "Para que la Secretaría de Salubridad y Asistencia incremente la red de sus servicios sanitarios y las campañas profilácticas... particularmente en los sectores rurales y urbanos más débiles, se acordó traspasar el Centro Médico Nacional al Instituto Mexicano del Seguro Social..."

En 1962 el Presidente informa que se inició el suministro de despensas familiares entre los campesinos y continúa la construcción de hospitales rurales (35), hospitales regionales (8) y granjas para enfermos mentales (3), y concluye: "... La experiencia acredita que los Centros Rurales sanitario-asistenciales con tres camas son más eficientes que las brigadas... son el órgano primario de los distritos integrales de salud de tipo cooperativo... y conmueve informar que esta operación alcanzó en el año un millón y medio de pesos de los sectores de más bajos recursos económicos..." En ese año fue posible alcanzar la meta de contar con 49 distritos integrales de salud pública.

Al término de su periodo el Presidente López Mateos resume así los logros de su gobierno en medicina y salud públicas: "... Se modificaron las condiciones de vida desarraigándose padecimientos por carencias, temores o ignorancia... se favoreció la alimentación popular, y más allá de la medicina curativa y preventiva, se intentó el saneamiento ambiental..." "La mortalidad general ha bajado a 9.6 por mil y la infantil a 64.6. El total de construcciones sanitario-asistenciales fue de 6 090 obras con 14 304 camas o sea el 57 por ciento más de las existentes en 1959; de ellas el 80 por ciento o sea 10 412 benefician al medio rural. La Secretaría de Salubridad y Asistencia y la de Recursos Hidráulicos realizaron 2 542 obras de dotación de agua potable en beneficio de 7 136 000 habitantes y alcantarillado en 82 poblaciones con un total de 2 millones de habitantes". Se expidió la ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto Mexicano del Seguro Social aumentó su número de derechohabientes, que llegó a 6 270 000 personas.

Don Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) dijo en su primer informe: "Las obras de beneficio social incluyen 1 184 millones para servicios públicos urbanos y rurales, ocupando lugar importante las obras para proveer... agua potable y alcantarillado... a distintas poblaciones..." "Se abrieron Centros de Salud con hospital en 169 localidades de 25 entidades federativas. Se terminaron siete hospitales rurales, dos regionales y uno materno infantil con un total de 764 camas... En las áreas

de los Centros de Salud se sanearon 948 localidades”.

En 1970, al terminar su mandato informa: ...“se destinaron 8 497 millones a la salud pública y 1 495 a la construcción de hospitales, obras de agua y otros conceptos... El índice de mortalidad llegó a 9.2 en 1969. La S.S.A. fue dotada con 133 nuevos Centros Hospitalarios Asistenciales con 648 camas, y 11 hospitales con 2 792 camas nuevas; se rehabilitaron 4 154 camas correspondientes a varios de nuestros viejos hospitales...”

El I.M.S.S. llegó a la cifra de 9 112 641 inscritos (incremento del 50 por ciento en el sexenio). Construyó en este periodo 3 524 camas nuevas en 30 hospitales de diferente tipo.

El I.S.S.S.T.E. agrupa a 1 400 473 personas; durante el sexenio construyó 1 144 nuevas camas con lo cual éstas alcanzaron un total de 2 331.

De esta manera, en los 45 años examinados, el Estado Mexicano ha pasado desde erigir el Departamento de Beneficencia Pública del D. F. en 1925, en cuyos establecimientos se alojaban 6 116 pacientes, hasta contar con un complejo aparato de servicios de medicina y salud públicas en el cual aparecen registradas, según cifras recientes de la Secretaría de la Presidencia, 60 430 camas de hospital, a las cuales deberá agregarse la cifra correspondiente a los hospitales privados, cuya verdadera importancia para nuestra medicina, tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo, merece una cuidadosa y justiciera investigación que no se ha realizado todavía.

Esto es lo que podríamos llamar el estado actual hospitalario pero, como se desprende de los hechos expuestos, parece artificioso poner rigurosamente aparte por un lado, los hospitales y por el otro el resto de los establecimientos médicos, pues de haber hecho referencia únicamente al número de camas o a los equipos hospitalarios, y además, sin habernos referido para nada a las enormes realizaciones en salud pública, muy pronto nos habríamos quedado a ciegas respecto de la realidad de nuestra medicina.

Por otra parte, los informes presidenciales ante el Congreso —independientemente de la exactitud matemática y de la objetividad que los diferentes grupos sociales les concedan— son sin lugar a duda documentos políticos de primer orden y en ellos aparecen, con diáfana claridad a través del tiempo, que es la tela de la Historia, los más importantes fenómenos sociales de nuestro país relatados y ponderados —es verdad— por el titular casi siempre indiscutido del Poder Ejecutivo. Sin embargo, este hecho es favorable a nuestro propósito de conocer las tendencias generales del hospital, institución típicamente pública o social de la medicina desde su aparición, porque en las informaciones transcritas, aunque todos suponemos el papel desempeñado por los médicos —ya en función de consejeros áulicos o de secretarios presidenciales mal llamados “ministros”, que como funcionarios o como técnicos especializados— decíamos, además del criterio o la opinión profesionales, es muy fácil percibir el

aserto o la orientación del gobernante y en ocasiones la decisión del estadista que se sobrepone a la visión especializada, que es habitual en el clínico y en el higienista.

Por eso debemos considerar entre las tendencias generales que moldean al hospital en México, a esa realista e insistente atención para nuestra población rural, en contraste con la progresiva disminución de ese sector y su cambiante *status* social en los que ahora llamamos "países desarrollados". Como resultados de ese sostenido interés por los campesinos aparecen los hospitales rurales con servicios clínicos y preventivos reunidos o los Servicios Médicos Rurales Cooperativos y otras realizaciones de gran importancia social y poca representación en la medicina cotidiana, como son los Centros de Bienestar Social Rural o los programas para dotación de agua potable, alcantarillado y alimentos a los habitantes de los pequeños poblados.

Estas tendencias no declinan. En la reunión de la Sociedad Mexicana de Planificación el pasado mes de marzo, dedicada a problemas de salud pública, se hizo referencia a ciertos aspectos discutibles del hospital. Uno de los ponentes hizo notar ese fenómeno peculiar, ya muy aparente en otros países, de cómo el mundo de hoy está al parecer fijado al hospital, cada vez más absorbente de recursos y de talentos y eso, tal vez porque se ha olvidado el concepto de salud. El hospital sólo ofrece una respuesta parcial —se dijo— y a veces constituye un nuevo problema de salud.

Otro ponente se refirió al crecimiento sostenido de las inversiones del Estado Mexicano en obras de bienestar social que ha pasado del 8 por ciento del presupuesto federal en el periodo presidencial 1925-1928, al 25 por ciento del mismo en el sexenio 1964-1970 y planteó claramente la conveniencia de tomar en consideración no sólo las inversiones, sino paralelamente la necesidad de un plan nacional del gasto público.

Para fijar los objetivos de la planificación, sugirió que ésta se realice de abajo a arriba, es decir, a partir de planes regionales de salud para lograr una distribución equitativa y eficiente de los recursos.

Ante la dificultad, insuperable en el campo de la salud, para determinar la relación costo-beneficio de los distintos programas, se les considera complementarios, aunque se plantean dos alternativas en su cuantía proporcional; se asocian así obras para dotación de agua potable y alcantarillado con la construcción de hospitales. La primera alternativa: agua potable para el 90 por ciento de la población urbana y más del 60 por ciento de la rural; hospitales, valuado en 70 por ciento el incremento de la población que atenderá el sector público, y de esa cifra sólo el 34 por ciento a cargo de la Seguridad Social; habría que construir, a 1980, 29 000 camas de hospital, más otras 10 000 para disminuir el déficit actual. Para desarrollar este plan serían necesarios 24 mil millones de pesos, una mitad para agua potable y la otra para hospitales.

En la segunda alternativa se consideran las mismas proporciones para la dotación de agua y alcantarillas, pero se supone que se incremente la población afiliada a sistemas de seguridad social hasta el 50 por ciento de la población del país. Para ello serían necesarios entonces 29 mil millones de los cuales 12, como en el primer supuesto, serían para agua potable y 17 mil millones para hospitales, de los cuales la mayor parte serían construidos por los sistemas de seguridad social.

Cualquiera que sea la alternativa preferida, muchas medidas adicionales se consideran indispensables, como mejorar la organización y la administración sanitaria y asistencial, coordinar e integrar los servicios que presentan las diversas entidades de asistencia y de seguridad social, conservar y mantener debidamente las unidades médicas y y como ya se dijo, integrar un plan nacional de salud con base en planes regionales, tema que será expuesto más adelante.

III

ASISTENCIA HOSPITALARIA, CONSULTA EXTERNA, SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROYECCION A LA COMUNIDAD

LÁZARO BENAVIDES *

CON EL IMPULSO que en los últimos años se ha dado en México a la asistencia médica a través de los hospitales, es indudable que todos los profesionistas de la salud nos sentimos hondamente preocupados por saber si la eficiencia y la calidad de los servicios que ofrecemos está a la altura esperada. Aunque en la puesta en marcha de un hospital entran en juego múltiples factores e intereses, tanto prácticos como doctrinarios —del gobierno, la iniciativa privada, los profesionistas y técnicos de la salud, el público y los pacientes— siempre existen huecos y fallas, de los que el médico

debería ser el último en considerarse a sí mismo responsable, si en él imperara una plena conciencia de maduración ética, emocional e intelectual. Después de todo es el médico quien aparentemente asume, o debe aceptar, la responsabilidad neta de todo programa: la óptima atención al ser humano, bien sea un hombre sano, un enfermo o un inválido.

La medicina contemporánea tiende a ser medicina social y humanista, con base en una ciencia cada vez más exigente y técnica, y más difícil por más amplia y más profunda. Acepta al paciente como una unidad biopsico-social, a los agentes patógenos con múltiples acepciones y al medio am-

* Académico numerario. Hospital Infantil, Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.

biente muy diversificado. Esta concepción obliga al ejercicio médico integral por todo hospital, a cualquier nivel de ejecución o área de trabajo internos. La medicina integral rebasa la medicina curativa de antaño con una extraordinaria holgura y por lo mismo implica mucha mayor obligación del sector profesional, ya sea el individuo o el grupo, tanto en la organización como en la administración.

Entendiendo la magnitud aplicativa de la medicina integral, la labor del hospital se extiende de inmediato en beneficio del paciente y de la comunidad a horizontes infinitos. Los órganos que la realizan son los servicios de hospitalización y de consulta externa, incluyendo en esta última al departamento de urgencias. Tócame comentar aspectos del trabajo que se hace a favor del paciente ambulatorio y para ello voy a aprovechar como modelo algunos puntos del programa que se está aplicando en el Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, así sea muy breve el periodo de observación que a la fecha llevamos.

Es común escuchar el fastidio y observar el rechazo que el médico en general muestra ante la consulta externa; tal actitud se basa en diversas situaciones que ofrecen él, el paciente y las mismas facilidades de trabajo, en franco contraste con lo que se ve en las salas clínicas: más tiempo y mayor tranquilidad de estudio con el paciente hospitalizado, oportunidad del mejor aprovechamiento de los servicios generales de diagnóstico y tratamiento y discusiones más a la mano con el cuer-

po médico consultable. Por el contrario, el hacinamiento de pacientes y familiares, la presión de las autoridades para satisfacer cantidad y no calidad y la falta de programación preventiva de enfermedades o promotora de salud, entre otras cosas, explican la brevedad en la consulta externa de nuestra liga con el material clínico y la frustración en nuestro deseo de servir en la fase curativa o de rehabilitación. Es imperativo, entonces, que con base en una planeación razonada, se establezcan programas de mayor proyección que satisfagan al médico, partiendo desde luego de las actuales y futuras facilidades médicas, humanas, técnicas, físicas y económicas, disponibles.

Consideramos que un elemento clave en dicha planeación es el uso de las estadísticas y epidemiología hospitalarias; otro más puede ser el facilitar en forma permanente la indoctrinación del concepto humanista de la medicina integral: preventiva, curativa, rehabilitadora y administrativa. Las metas mediatas serían: mejor asistencia, mejor docencia, mejor investigación imbricadas entre sí en la búsqueda continua del mejor servicio al ser humano, el ser humano (persona, sociedad, pueblo) como fin. Para apoyar nuestras ideas presentaremos por la brevedad del tiempo, apenas tres ejemplos: dos ligados a estadísticas hospitalarias y el tercero a nuestro respeto al paciente.

1. Morbilidad registrada.

En las tablas I al VI desglosamos las cifras recogidas en los primeros 5 meses de trabajo en el hospital, sobre las 15 primeras causas de morbilidad.

TABLA I. PORCENTAJE DE LAS QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD SEGÚN SEXO HOSPITAL INFANTIL I.M.A.N. SERVICIOS DE PRECONSULTA Y URGENCIAS

Noviembre 1970 - Marzo 1971

| Causa | Clave * | Sexo | | Total |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|
| | | M | F | |
| Faringitis y amigdalitis agudas | 153 | 6.2 | 5.3 | 11.5 |
| Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales | 97 | 2.8 | 3.4 | 6.2 |
| Hipertrofia de las amígdalas y vegetación adenoidea | 162 | 3.3 | 2.8 | 6.1 |
| Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén | 171 | 2.8 | 2.8 | 5.6 |
| Enteritis y otras enfermedades diarreicas | 6 | 3.2 | 2.2 | 5.4 |
| Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | 155 | 3.2 | 2.2 | 5.4 |
| Otros trastornos mentales no psicóticos | 109 | 2.2 | 2.4 | 4.6 |
| Bronquitis, enfisema y asma | 161 | 1.9 | 1.1 | 3.0 |
| Neumonías sin especificación del germen | 160 | 2.4 | 0.3 | 2.7 |
| Otros síntomas | 266 | 1.5 | 1.1 | 2.6 |
| Otras enfermedades inflamatorias de la piel y del tejido celular subcutáneo | 229 | 1.2 | 1.3 | 2.5 |
| Hipertrofia prepucial y fimosis | 202 | 2.3 | 0.1 | 2.4 |
| Otitis media sin mención de mastoiditis | 129 | 1.2 | 0.6 | 1.8 |
| Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores | 165 | 0.8 | 0.6 | 1.4 |
| Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo | 228 | 0.7 | 0.6 | 1.3 |
| Suman las quince primeras causas | | 35.7 | 26.8 | 62.5 |
| Demás causas | | 19.2 | 18.3 | 37.5 |
| Todas las causas | | 54.9 | 45.1 | 100.0 |

* Lista de 300 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad hospitalaria. C.I.E. VIII Revisión.

FUENTE: Historia Clínica de los Servicios de Preconsulta y Urgencias.

TABLA II. PORCENTAJE DE LAS QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD EN MENORES DE 1 AÑO POR SEXO

| Causa | Clave * | Sexo | | Total |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|
| | | M | F | |
| Enteritis y otras enfermedades diarreicas | 6 | 9.3 | 6.7 | 16.0 |
| Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | 155 | 7.2 | 5.1 | 12.3 |
| Faringitis y amigdalitis agudas | 153 | 7.0 | 5.0 | 12.0 |
| Neumonías sin especificación del germen | 160 | 10.1 | 1.1 | 11.2 |
| Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales | 97 | 1.1 | 4.9 | 6.0 |
| Otros síntomas | 266 | 2.5 | 1.7 | 4.2 |
| Hipertrofia prepucial y fimosis | 202 | 3.6 | 0.1 | 3.7 |
| Otras enfermedades inflamatorias de la piel y del tejido celular subcutáneo | 229 | 1.5 | 1.8 | 3.3 |
| Bronquitis, enfisema y asma | 161 | 2.1 | 1.2 | 3.3 |
| Otras enfermedades infecciosas y parasitarias | 56 | 1.4 | 0.8 | 2.2 |
| Tos ferina | 22 | 1.1 | 1.0 | 2.1 |
| Otras anomalías congénitas y las no especificadas | 254 | 1.3 | 0.9 | 2.2 |
| Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo | 228 | 0.8 | 0.6 | 1.4 |
| Otras hernias de la cavidad abdominal sin mención de obstrucción | 182 | 0.6 | 0.6 | 1.2 |
| Otras enfermedades inflamatorias del ojo | 123 | 0.6 | 0.6 | 1.2 |
| Suman las quince primeras causas | | 47.4 | 30.6 | 78.0 |
| Demás causas | | 9.2 | 12.8 | 22.0 |
| Todas las causas | | 56.6 | 43.4 | 100.0 |

* Lista de 300 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad hospitalaria. C.I.E. VIII Revisión.

FUENTE: Historia Clínica de los Servicios de Preconsulta y Urgencias.

TABLA III. PORCENTAJE DE LAS QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD EN 1-4 AÑOS SEGUN SEXO

| Causa | Clave * | Sexo | | Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|
| | | M | F | |
| Faringitis y amigdalitis agudas | 153 | 7.3 | 6.3 | 13.6 |
| Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales | 97 | 4.2 | 3.3 | 7.5 |
| Otros trastornos mentales no psicóticos | 109 | 2.0 | 3.9 | 5.9 |
| Hipertrofia de las amígdalas y vegetación adenoidea | 162 | 3.0 | 2.3 | 5.3 |
| Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | 155 | 2.8 | 2.2 | 5.0 |
| Bronquitis, enfisema y asma | 161 | 3.4 | 1.4 | 4.8 |
| Enteritis y otras enfermedades diarreicas | 6 | 2.6 | 1.6 | 4.2 |
| Otras helmintiasis | 55 | 1.6 | 2.2 | 3.8 |
| Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén | 171 | 1.6 | 1.6 | 3.2 |
| Hipertrofia prepucial y fimosis | 202 | 3.0 | 0.1 | 3.1 |
| Otros síntomas | 266 | 1.4 | 1.0 | 2.4 |
| Otras enfermedades del sistema osteomuscular | 243 | 1.5 | 0.3 | 2.3 |
| Otras enfermedades inflamatorias de la piel y del tejido celular subcutáneo | 229 | 0.8 | 1.2 | 2.0 |
| Otitis media sin mención de mastoiditis | 129 | 1.3 | 0.6 | 1.9 |
| Tos ferina | 22 | 1.0 | 0.7 | 1.7 |
| Suman las quince primeras causas | | 37.5 | 29.2 | 66.7 |
| Demás causas | | 19.0 | 14.3 | 33.3 |
| Todas las causas | | 56.5 | 43.4 | 100.0 |

* Lista de 300 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad hospitalaria. C.I.E. VIII Revisión.

FUENTE: Historia Clínica de los Servicios de Preconsulta y Urgencias.

TABLA IV. PORCENTAJE DE LAS QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD EN 5-9 AÑOS SEGUN SEXO

| Causa | Clave * | Sexo | | Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|
| | | M | F | |
| Faringitis y amigdalitis aguda | 153 | 5.6 | 5.6 | 12.2 |
| Hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoideas | 162 | 5.3 | 4.7 | 10.3 |
| Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén | 171 | 5.0 | 5.2 | 10.2 |
| Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales | 97 | 3.0 | 3.2 | 6.2 |
| Otras helmintiasis | 55 | 2.9 | 2.8 | 5.7 |
| Otros trastornos mentales no psicóticos | 109 | 3.4 | 2.0 | 5.4 |
| Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | 155 | 2.7 | 1.0 | 3.7 |
| Otras enfermedades inflamatorias de la piel y del tejido celular subcutáneo | 229 | 1.3 | 1.5 | 2.8 |
| Otitis media sin mención de mastoiditis | 129 | 1.5 | 0.8 | 2.3 |
| Otras enfermedades del sistema nervioso central | 117 | 0.6 | 1.5 | 2.1 |
| Bronquitis, enfisema y asma | 161 | 0.7 | 1.0 | 1.7 |
| Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores | 165 | 0.8 | 0.8 | 1.6 |
| Otros síntomas | 266 | 1.1 | 0.5 | 1.6 |
| Hipertrofia prepucial y fimosis | 202 | 1.4 | 0.0 | 1.4 |
| Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo | 228 | 0.8 | 0.5 | 1.3 |
| Suman las quince primeras causas | | 36.4 | 31.1 | 67.5 |
| Demás causas | | 17.2 | 15.3 | 32.5 |
| Todas las causas | | 53.6 | 46.4 | 100.0 |

* Lista de 300 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad hospitalaria. C.I.E. VIII Revisión.

FUENTE: Historia Clínica de los Servicios de Preconsulta y Urgencias.

TABLA V. PORCENTAJE DE LAS QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD EN 10-14 AÑOS SEGUN SEXO

| Causa | Clave * | Sexo | | Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|
| | | M | F | |
| Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén | 171 | 5.2 | 5.0 | 10.2 |
| Hipertrofia de las amígdalas y vegetación adenoidea . . . | 162 | 4.3 | 4.4 | 8.7 |
| Faringitis y amigdalitis agudas | 153 | 3.6 | 3.8 | 7.4 |
| Otros trastornos mentales no psicóticos | 109 | 2.8 | 3.4 | 6.2 |
| Otras helmintiasis | 55 | 1.8 | 3.3 | 5.1 |
| Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales | 97 | 1.9 | 2.1 | 4.0 |
| Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hemato- poyéticos | 102 | 1.6 | 1.3 | 2.9 |
| Otros síntomas | 266 | 1.3 | 1.3 | 2.6 |
| Otras enfermedades del ojo | 128 | 0.8 | 1.6 | 2.4 |
| Otras enfermedades inflamatorias de la piel y del tejido celular subcutáneo | 229 | 1.2 | 0.5 | 1.7 |
| Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores . . . | 165 | 0.6 | 1.3 | 1.9 |
| Otras enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas . . . | 131 | 1.0 | 0.7 | 1.7 |
| Otitis sin mención de mastoiditis | 129 | 1.2 | 0.5 | 1.7 |
| Otras enfermedades del sistema nervioso central | 117 | 1.1 | 0.5 | 1.6 |
| Hipertrofia prepuclal y fimosis | 202 | 0.5 | 1.1 | 1.6 |
| Suman las quince primeras causas | | 29.1 | 31.2 | 60.3 |
| Demás causas | | 21.3 | 18.4 | 39.7 |
| Todas las causas | | 50.4 | 49.6 | 100.0 |

* Lista de 300 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad hospitalaria. C.I.E. VIII Revisión.

FUENTE: Historia Clínica de los Servicios de Preconsulta y Urgencias.

TABLA VI. PORCENTAJE DE LAS QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD EN 15-18 AÑOS POR SEXO

| Causa | Clave * | Sexo | | Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|-------|
| | | M | F | |
| Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén | 171 | 5.8 | 5.3 | 11.1 |
| Hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoideas . . . | 162 | 2.6 | 4.3 | 6.9 |
| Faringitis y amigdalitis agudas | 153 | 3.6 | 3.2 | 6.8 |
| Otras helmintiasis | 55 | 1.6 | 4.2 | 5.8 |
| Neurosis | 107 | 2.1 | 1.6 | 3.7 |
| Enteritis y otras enfermedades diarreicas | 6 | — | 3.2 | 3.2 |
| Otras enfermedades de las glándulas endocrinas y del meta- bolismo | 98 | 0.6 | 2.6 | 3.2 |
| Otros trastornos mentales no psicóticos | 109 | 1.6 | 1.6 | 3.2 |
| Otros síntomas | 266 | 1.1 | 2.1 | 3.2 |
| Otras enfermedades del ojo | 128 | 1.6 | 1.1 | 2.7 |
| Otras enfermedades inflamatorias de la piel y del tejido celular subcutáneo | 229 | 1.1 | 1.6 | 2.7 |
| Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hemato- poyéticos | 102 | 1.1 | 1.1 | 2.2 |
| Fiebre reumática activa | 132 | 0.6 | 1.6 | 2.2 |
| Bronquitis, enfisema y asma | 161 | 2.2 | — | 2.2 |
| Otras anomalías congénitas y las no especificadas | 254 | 1.0 | 1.1 | 2.1 |
| Suman las quince primeras causas | | 26.6 | 34.6 | 61.2 |
| Demás causas | | 20.2 | 18.6 | 38.8 |
| Todas las causas | | 46.8 | 53.2 | 100.0 |

* Lista de 300 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad hospitalaria. C.I.E. VIII Revisión.

FUENTE: Historia Clínica de los Servicios de Preconsulta y Urgencias.

TABLAS VII a XI

**DATOS DE LA CONSULTA
EXTERNA OBTENIDOS POR
EL SERVICIO MEDICO SOCIAL**

Estado civil de los padres del paciente

| | Nº | % |
|------------------------------------------------|-------|--------|
| Solteros | 142 | 6.00 |
| Matrimonio civil | 301 | 12.9 |
| Matrimonio religioso | 61 | 2.6 |
| Matrimonio civil y religioso | 1,397 | 59.9 |
| Unión libre | 132 | 5.7 |
| Divorciados | 16 | .7 |
| Separados | 149 | 6.4 |
| Viudos | 100 | 4.3 |
| Con tutor o protección institucional | 34 | 1.5 |
| Total | 2,332 | 100.00 |

Ocupación de los padres entrevistados

| | Nº | % |
|------------------------------------------------------|-------|--------|
| Campesino | 108 | 4.7 |
| Comerciante | 218 | 9.5 |
| Empleado | 458 | 19.9 |
| Obrero | 117 | 5.0 |
| Profesionista | 175 | 7.6 |
| Servicios urbanos (Públicos y transportes) | 189 | 8.2 |
| Servicios domésticos | 143 | 6.2 |
| Subempleo | 520 | 22.6 |
| No específico | 336 | 14.6 |
| Sin empleo | 28 | 1.2 |
| Labores del hogar | 12 | .5 |
| Total | 2,299 | 100.00 |

Ingresos por número de familias

| <i>Cantidad</i> | Nº | % |
|----------------------------------|-------|--------|
| De 00/00 a 300.00 | 99 | 4.3 |
| De 301.00 a 500.00 | 138 | 6.0 |
| De 501.00 a 1,000.00 | 897 | 39.0 |
| De 1,001.00 a 1,500.00 | 514 | 22.4 |
| De 1,501.00 a 2,000.00 | 190 | 8.2 |
| De 2,001.00 a 3,000.00 | 225 | 9.8 |
| Más de 3,000.00 | 236 | 10.3 |
| Total | 2,299 | 100.00 |
| Ingresos fijos | 1,481 | 64.4 |
| Ingresos eventuales | 818 | 35.6 |
| Total | 2,299 | 100.00 |

Miembros que integran la familia

| <i>Número de miembros</i> | Nº | % |
|---------------------------|-------|--------|
| De 2 a 4 | 439 | 19.1 |
| De 5 a 7 | 1,003 | 43.6 |
| De 8 a 10 | 635 | 27.6 |
| De 11 a 13 | 168 | 7.4 |
| Más de 13 | 53 | 2.3 |
| Total | 2,299 | 100.00 |

Viviendas de las familias entrevistadas

| <i>Tipo</i> | Nº | % |
|------------------------------------|-------|--------|
| Chozas | 57 | 2.4 |
| Barracas | 191 | 8.2 |
| Tugurio | 597 | 25.6 |
| Vecindad | 336 | 14.4 |
| Departamento popular | 86 | 3.7 |
| Departamento residencial | 571 | 24.5 |
| Internado | 40 | 1.7 |
| Total | 2,332 | 100.00 |

Hospital Infantil de la I.M.A.N.

NOTA: De los 2 332 casos, se disminuyeron los que corresponden a protección institucional, por eso en los aspectos de ocupación, ingresos y número de miembros quedaron 2 299 casos.

2. Datos de la consulta externa obtenidos por el Servicio Médico Social.

De un total de 2 332 casos estudiados por nuestras trabajadoras sociales, hemos elaborado las tablas VII a XI.

3. Tiempo de espera de los pacientes en la consulta externa.

Uno de los requisitos que califica la atención médica en los servicios externos, es sin duda el periodo que el

paciente y sus familiares esperan para el examen y la consulta. Preocupados por la espera inútilmente prolongada que motiva tantas quejas hemos ini-

ciado un estudio que nos lleve a encontrar y corregir las causas implicadas en un esfuerzo para acortar este periodo, sin demérito de la eficiencia del servicio.

Comentario

Los dos primeros puntos, morbilidad registrada y aspectos sociales de los problemas médicos hasta hoy vistos, pueden aceptarse como ejemplos sencillos de epidemiología hospitalaria; las investigaciones epidemiológicas en los hospitales no son ideas nuevas, pero han ido ganando aceptación sólo progresivamente. La importancia creciente del papel de los hospitales en las ciencias médicas y sociales y en las necesidades asistenciales de la población, ha contribuido así mismo a su valor como fuente de estudios epidemiológicos en la comunidad; dichos estudios, al descubrir asociaciones particulares con la frecuencia, distribución y patología de los casos, pueden colaborar en el mejor conocimiento de las causas y prevención de tales cuadros. El tercer punto es un estudio administrativo de relaciones humanas que muestra al profundizarse implicaciones técnicas interesantes.

Los datos de morbilidad examinados señalan la patología imperante, las áreas de influencia que se van definiendo y quizá sugieren las razones de los fracasos de programas preventivos, curativos y de rehabilitación en los núcleos de población que nos han llegado. Tales observaciones empujan a afinar los procedimientos de trabajo en nuestra propia institución hemos pla-

neado, a establecer otros nuevos o bien a eliminar aquéllos que vayan resultando inadecuados. Por ejemplo, se han creado clínicas de inmunizaciones, seminarios, con familias, sobre educación higiénica y orientación nutricional para la comunidad; se han reforzado los programas docentes o adaptado sobre la marcha los temas de aplicación clínica para los residentes y enfermeras y se ha tratado de mejorar la coordinación de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Han sido todo un éxito las reuniones con los padres de niños con parálisis cerebral al integrarlos a nuestros procedimientos de rehabilitación, basados en sistemas de trabajo colectivo.

Hemos dicho ya que la medicina contemporánea atiende al individuo como una unidad biopsico-social, se interesa por las necesidades humanas y trata de descubrir los fenómenos que promueven, alteran o perjudican el bienestar del paciente. El concepto anterior se sitúa en la llamada "medicina integral" que se encarga de la preservación de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad del hombre en su contexto social, y se ayuda con profesionistas en trabajo social. El trabajo médico social trata de lograr el ajuste de los individuos, grupo y comunidades en el ámbito social total; les procura niveles de vida deseables y condiciones higiénicas satisfactorias, al considerar e investigar los factores sociales que influyen en la aparición de las enfermedades.

En la consulta externa el trabajo social atiende tres grandes áreas:

a) *Las relaciones humanas*, como aspecto fundamental en la atención del público, haciéndole notar la importancia, el valor y la calidad de los servicios que se prestan, así como los esfuerzos constantes que la institución tiene para mejorarse. Procura calmar angustias de los familiares y establecer una corriente cordial entre ellos y los servicios que soliciten.

b) *Clasificación de pacientes*, que al asignar las cuotas según las posibilidades económicas de las familias tiende a desterrar el paternalismo en nuestro pueblo, haciéndole sentir la responsabilidad de contribuir con quien le presta un servicio, acción que además de dignificar, sitúa en iguales condiciones a todos los que solicitan la atención médica; hace reconocer más los servicios por quienes los reciben y aumenta la confianza en la custodia de la salud.

c) *Aplicación de cédulas de investigación*, que realiza un trabajo que ayuda a normar los programas de prevención, curación, rehabilitación y enseñanza; es necesario conocer el perfil socio-cultural de las familias que recurren a solicitar servicios. Las entrevistas directas y las visitas domiciliarias nos pueden arrojar los datos que se requieren para una planeación efectiva al hacernos ver tal perfil.

Es indudable que los factores sociales, las condiciones económicas y culturales en la dinámica familiar, repercuten en el estado general de los niños y los mismos adultos; de ahí el interés de las estadísticas que nos realizan las trabajadoras sociales. El médico las aprovecha para definir estrategias de

trabajo, como por ejemplo, tipos de alimentación o medicamentos ajustados a las posibilidades, o tácticas de enseñanza higiénica. La desnutrición, las enfermedades infecciosas, los problemas de conducta son en realidad cuadros de patología social y no exclusivamente médica; su repercusión en el crecimiento y desarrollo es inobjetable.

El tiempo de espera de los pacientes para recibir atención médica, independientemente de las facilidades de estudio que un hospital ofrezca, es un índice sensible y objetivo de servicios eficientes en la consulta externa. No cabe duda que una larga espera bien puede traducir una desorganización de los sistemas de trabajo; insuficiencia de personal; o bien descuido y desafecto del médico; pone en evidencia mala programación de los tiempos del trabajo humano, y en general una pobre administración hospitalaria. En otras palabras, puede exhibir desprecio para el paciente. En nuestro caso, la mera supervisión del personal médico y de enfermería por sí misma ha traído una reducción de la espera; a esta actitud vigilante, hemos de agregar por ahora la experiencia ganada con el tiempo en cuanto a la mejor coordinación de los pasos administrativos que siguen, dar la primera consulta y las subsiguientes, tomar productos para exámenes diversos, etc. Sin embargo, estamos analizando otros factores, tales como nuestro sistema de citas, llegada de los pacientes a sus citas, ausentismo, tiempo de exploración y estudio por los médicos, o interrupciones inesperadas en los servicios.

Hemos presentado tres aspectos de estudio e investigación epidemiológicos y administrativos que la consulta externa y los servicios de urgencias pueden proporcionar al cuerpo médico, al margen de las actividades tradicionalmente aceptadas en los hospitales como propias de la profesión, diagnóstico y tratamiento. Nuestro interés es insistir sobre el aporte que un área como la de los servicios a pacientes ambulatorios y la liga a la comunidad ofrecen al progreso médico y a la ampliación positiva de la labor hospitalaria en los campos de la medicina integral, la docencia y la investigación. Parece ser que somos nosotros mismos, los médicos y

demás profesionistas y personal de la salud, los primeros que debemos sacudir la modorra y pobreza de visión que achatan las perspectivas de nuestro trabajo. Pero reconocer y analizar los múltiples factores internos y externos que entran en juego para explicar y a veces justificar, la lentitud del avance, son temas que requieren mucho tiempo de discusión y a los que nuestra Academia puede dar mayor oportunidad. ¿Por qué no empezar cada uno de nosotros a verse a sí mismo procurando tener el valor de someterse individualmente a la autocrítica y a la valoración de su propia colaboración al progreso colectivo?

IV

MEDICINA PREVENTIVA EN LOS HOSPITALES

MIGUEL E. BUSTAMANTE *

Antecedentes

EN LA ACTUALIDAD, los médicos que orientan, dirigen o impulsan en México la medicina en acción integral de prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación, encuentran que es mejor aceptada como ciencia de la salud y su ejercicio es más comprendido en sus relaciones con la colectividad. Esta observación se refiere a

los médicos, ya que lamentablemente la ausencia de relaciones interdisciplinarias en las universidades y centros de cultura superior, se manifiesta en el desconocimiento por abogados, ingenieros, arquitectos, economistas y aún por sociólogos de la evolución biosocial de la medicina, de su aplicación y de sus funciones.

Así después de afirmar en una publicación reciente sobre: *La Asistencia*

* Académico numerario.

Médica de México con utilísima y detallada información a que más adelante me referiré, que: "Entre las actividades que la sociedad desarrolla para satisfacer sus necesidades, destaca entre otros renglones el de la salud pública"; por falta de colaboración médica, queda trunca la conclusión al reducir el problema, estudiado con notable empeño, a considerar la parte física de personal, población atendida, edificios y camas para curar.

En lo que toca a la profesión médica, la separación de la enseñanza de las diferentes disciplinas, la fragmentación de las especialidades y su complejidad, han conducido al ejercicio en compartimientos y aún a la incompreensión entre ciertos grupos. La división se llegó a manifestar física y mentalmente en forma aguda entre las instituciones dedicadas a la curación y las de prevención o rehabilitación; sin avanzar demasiado en los aspectos de investigación científica, en los cuales el común denominador de la búsqueda de la verdad y la necesidad de implantar métodos y técnicas idénticos o comunes, acercan y unen a médicos y a biólogos como discípulos de los hombres de inmortal pensamiento creador, genios de la humanidad en las ciencias de la vida.

En la práctica médica diaria se encuentra la unión, a las veces alterna o en ocasiones sin fragmentar de las labores de prevención y las de curación o rehabilitación.

Primeros servicios de medicina preventiva en hospitales. En enero de 1959, se creó en la Dirección de Asistencia Médica de la Secretaría de Sa-

lubridad y Asistencia, por acuerdo del Secretario de Salubridad y Asistencia, doctor José Álvarez Amézquita, bajo el concepto moderno de que el hospital debe constituir un verdadero centro de salud, abierto a la comunidad, el Departamento de Medicina Preventiva, para organizar servicios de medicina preventiva en los Hospitales General, Juárez, Alemán Pérez, Homeopático, y en los seis consultorios de Asistencia Médica de la Ciudad de México.

El Departamento, a cargo de un médico sanitario graduado, el doctor Adán Ornelas Hernández,² tenía a su cargo las siguientes actividades:

a) Epidemiología, en los centros asistenciales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Descubrimiento de casos de enfermedades transmisibles en la consulta externa, en los enfermos antes de su ingreso y búsqueda en los hospitalizados para su vigilancia epidemiológica.

b) Catastro torácico, encuestas sociológicas, exámenes de laboratorio en los enfermos que se internan y en los que concurren a consulta externa.

c) Inmunizaciones contra la viruela, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, B.C.G.

d) Diagnóstico en serie en los laboratorios para comprobación de casos de enfermedades transmisibles.

e) Manejo de enfermos admitidos, en cuanto a higiene personal, desinfección concurrente y terminal.

f) Saneamiento del medio hospitalario: agua potable, alejamiento de desechos; lucha contra la fauna transmisora.

g) Higiene en el manejo de alimentos, búsqueda de portadores, cursos para manejadores de alimentos.

b) Educación higiénica a diferentes niveles; médicos, enfermeras, afanadores, empleados, enfermos hospitalizados y de consulta externa, y sus familiares.

i) Estudio medicosocial de cada caso, comprendiendo la historia del enfermo antes de su ingreso al hospital, con estudio consecutivo de los resultados del tratamiento médico o quirúrgico, con el objeto de prevenir recaídas, así como para enlazar la asistencia curativa con la atención preventiva, ejecutando un programa médico integral.

A la fecha, los mismos hospitales y consultorios tienen el servicio con un

programa, ampliado en parte en los exámenes médicos al personal y al diagnóstico de algunos padecimientos en personas aparentemente sanas. (Tabla I.).

El Hospital General fue la primera institución hospitalaria mexicana, que tuvo un pabellón construido y equipado para sus funciones de medicina preventiva, como parte integrante del hospital. (Figs. 1 y 2.)

Antes de él, fue construido, e inaugurado en la Universidad Nacional Autónoma de México un Centro de Salud que unía diagnóstico de salud, la prevención, conservación y fomento de ella, al tratamiento de urgencia de lesiones leves, y a la rehabilitación, así como a la educación higiénica de todos los alumnos y maestros de la U.N.A.M.;³ pero los planes de organización y funcionamiento no fueron puestos en ejecución.

Elaboración doctrinaria en México.

El entusiasmo de algunos médicos, graduados unos en salud pública y otros en administración de hospitales, promovió la organización en 1960 de programas de medicina preventiva en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado.^{4, 5, 6, 7} Se dieron a conocer su filosofía y realizaciones en la reunión conjunta celebrada en noviembre de 1960 por la Sociedad Mexicana de Higiene y la Asociación Mexicana de Hospitales. En ella, Ruiz de Esparza, González Montesinos y González Avila⁸ expresaron que la medicina preventiva "es parte esencial del ejercicio mé-

TABLA I

MEDICINA PREVENTIVA
EN INSTITUCIONES DE ASISTENCIA
MÉDICA EN EL DISTRITO FEDERAL.
SECRETARÍA DE SALUBRIDAD
Y ASISTENCIA. ACTIVIDADES

-
- A. Medicina preventiva en el enfermo
 - B. Exámenes médicos al personal
 - C. Inmunizaciones
 - Antivariólica
 - Antipoliomielítica
 - Antidiférica, antipertusis, antitetánica
 - Antituberculosa (B.C.G.)
 - Otras
 - D. Inspecciones
 - Saneamiento ambiental
 - Alimentos, locales, equipo
 - Desratización, desinsectización
 - E. Educación higiénica
 - F. Investigación epidemiológica
 - G. Diagnóstico temprano en personas aparentemente sanas
 - Detección de enfermedad reumática
 - Detección de cáncer cervicouterino
 - Catastro torácico
 - Reacción de Mantoux
-



FIGURA 1

dico y como tal, junto con la medicina curativa y de rehabilitación, es de aplicación universal dentro de la salud pública, en instituciones abiertas a la comunidad y a la colectividad entera; dentro de la práctica privada, en consultorios e instituciones que dan servi-

cio sólo a determinados individuos o grupos de la comunidad".

Las normas de organización y funciones de los servicios de medicina preventiva en el hospital fueron resumidas por Ríos Vargas, Barrera-Barrena y Ordóñez de la Mora.⁹

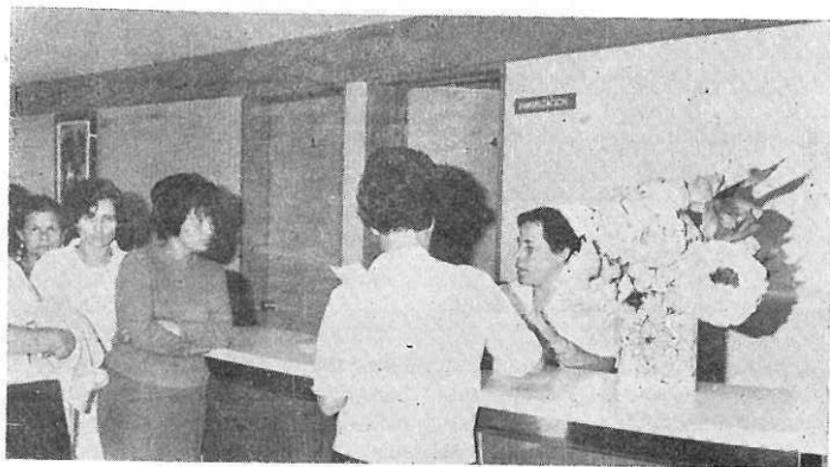


FIGURA 2

1. Promover todas las actividades de medicina preventiva que deban realizarse en un hospital.

2. Llevar a cabo actividades de prevención específica.

3. Impartir educación higiénica.

4. Controlar a la población aparentemente sana que se pudiera atender.

5. Asesorar en la elaboración de estadísticas de morbilidad, mortalidad y letalidad hospitalarias.

6. Realizar investigación epidemiológica.

7. Promover y supervisar las condiciones sanitarias del establecimiento.

8. Controlar brotes epidémicos dentro del hospital.

9. Mantener la coordinación de las actividades de medicina preventiva con las realizadas por otros servicios del hospital y de la comunidad.

10. Proyectar la medicina preventiva en el funcionamiento interno del hospital y en el ejercicio privado.

Estos conceptos, de médicos dedicados principalmente a actividades médicosociales, coinciden con las opiniones de clínicos y patólogos sobre el papel de la medicina preventiva en el ejercicio de la profesión.

Así, en la Academia Nacional de Medicina, al celebrarse en 1966 un "Symposium sobre Medicina Preventiva," Zubirán¹⁰ dijo: "Ya no se puede concebir como eficaz el servicio que presta el médico si se limita a dar atención a los males que aquejan a un individuo como persona y en el momento que los sufre. No es eficaz, si no se proyecta al porvenir de esa persona y si no trasciende hasta el ámbito familiar y a

la comunidad en la que vive." "La medicina preventiva debe, por lo tanto, figurar como función inherente a todo acto médico, estar siempre presente en su conducta profesional." y Martínez Báez¹¹ en la conferencia sobre "La medicina preventiva del médico práctico." expresó: "Si el médico considera que su meta es la salud, no atenderá sólo lo que en cada caso ocurra como aspiración dominante, sino que, teniendo en cuenta la integridad del organismo y la solidaridad funcional de todos sus contenidos, cuyo resultado es la salud, cuidará no sólo de atenuar o hacer desaparecer lo que está molestando a su paciente, sino que además, evitará las complicaciones de sus lesiones y las repercusiones que el caso pueda tener en su inmediato ambiente humano o social".

La unidad de la medicina fue expuesta en forma reiterada por Bustamante¹² en el II Congreso de la Academia Nacional de Medicina en 1969, al hablar de Salud Pública y Seguridad Social.

Tendencia actual de la medicina preventiva en hospitales

Extensión de servicios. Paralelamente al establecimiento de los servicios de medicina preventiva en los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, limitados todavía a centros hospitalarios del Distrito Federal, se han establecido programas de asistencia médica en los Centros de Salud. El mayor progreso existe en los Departamentos de Medicina Preventiva de

los organismos descentralizados: el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado. El primero sobre todo, ha perfeccionado sus programas y actividades. El Departamento de Medicina Preventiva del IMSS, como lo muestran Alvarez Alva y sus colaboradores⁹ alcanza notorio progreso en el Distrito Federal y en los Estados y tiene posibilidades de llegar a ser modelo, como resultado de la comprensión de los directores médicos del Instituto, y la dedicación y capacidad del personal graduado en salud pública (Tablas II al VI).

TABLA II MEDICINA PREVENTIVA EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL

Actividades

- A. Medicina preventiva en el enfermo
- B. Vigilancia médica periódica del personal
- C. Control de enfermedades transmisibles
- D. Saneamiento ambiental
- E. Educación higiénica
- F. Elaboración de estadísticas de morbilidad y mortalidad hospitalarias
- G. Investigación epidemiológica
- H. Docencia en materia de prevención
- I. Otras: (Salud mental, prevención de accidentes, control de enfermedades no transmisibles, salud ocupacional)

TABLA III VIGILANCIA MEDICA PERIODICA DEL PERSONAL

La realizarán médicos y enfermeras del Hospital General.

Incluye:

- Examen médico completo
Será anual y obligatorio. En determinado tipo de personal se practicarán exámenes parciales más frecuentemente
- Prevención específica, principalmente a base de inmunización
- Orientación medicohigiénica, general y específica

La participación del equipo de Medicina Preventiva consistirá en programar, supervisar y evaluar.

TABLA IV

SANEAMIENTO AMBIENTAL

A realizar fundamentalmente por personal de mantenimiento, intendencia y otros servicios generales.

Se referirá a:

- Control sanitario de los alimentos
- Control de la fauna transmisora
- Alejamiento y tratamiento de basuras
- Abastecimiento de agua potable
- Alejamiento de excreta
- Control de la contaminación atmosférica, incluyendo las radiaciones

El equipo de medicina preventiva investigará problemas, supervisará y asesorará en materia de saneamiento

TABLA V

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

Los médicos, las enfermedades y el personal de archivo y estadística serán los encargados de desarrollarla.

Abordará los capítulos de:

- Análisis e interpretación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad hospitalarias, así como de otras estadísticas relacionadas con problemas administrativos del Centro Médico Nacional
- Desarrollo de estudios de causalidad, retrospectivos y de expectativas, sobre temas médico sociales de interés para el I.M.S.S. y para el país en general
- Realización de encuestas en materia de salud

La responsabilidad del equipo de medicina preventiva en este campo es la de diseñar, asesorar, supervisar y evaluar

Proyección de la medicina preventiva del hospital hacia la comunidad.

Al establecerse los servicios de consulta externa, se puso en contacto el hospital con la comunidad; la atención médica abrió los muros que la aislaban del mundo exterior. El sistema fue benéfico porque empezó a convertir el hospital en algo accesible para el público, con libertad de entrar y salir; las

TABLA VI
 MEDICINA PREVENTIVA
 EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
 SOCIAL EN MONTERREY

Actividades y objetivos

-
- A. Prevención de enfermedades transmisibles en los niños derechohabientes, menores de 6 años y en el personal que labora en el hospital regional
 - B. Prevención de enfermedades en el personal que labora en el hospital y en grupos seleccionados de enfermos atendidos en el hospital
 - C. Prevención de accidentes dentro del hospital
 - D. Saneamiento en el hospital
 - E. Coordinación con los demás servicios del hospital, y las dependencias médicas de la Caja Regional y con otros servicios oficiales dedicados a la salud pública en la ciudad de Monterrey
 - F. Docencia
 - G. Investigación
-

instrucciones y consejos al enfermo y los familiares ensancharon el campo de servicio. La consulta externa empezó a reducir los gastos de tratamiento médico o quirúrgico; aumentaron los resultados de la rehabilitación y se abrió el camino para los programas de medicina preventiva que hacen a los del hospital flexibles y adaptables a las nuevas exigencias y condiciones.

Al proyectar la medicina preventiva hacia la comunidad aumenta el número de sanos por las inmunizaciones, y por la educación para conservar la salud y disminuir el número de enfermos con estados patológicos avanzados, por diagnóstico temprano como sucede en los programas de detección de cáncer cervicouterino o pulmonar; se reduce el tiempo de estancia de los enfermos, aumentan los tratamientos ambulatorios

y la sociedad deberá aprovechar los recursos para mejorar la asistencia médica. En algunos casos los servicios de medicina curativa pueden hasta suprimirse, al aplicar la medicina preventiva y desarrollar los planes de salud pública.

Entre los ejemplos de la disminución de gastos de asistencia médica curativa para la nación, recordaré que en los planes y proyectos originales del Centro Médico Nacional, se incluía un gran hospital para la atención de enfermos infecciosos. En los años que tardó la construcción, la situación sanitaria nacional mejoró al erradicarse la viruela, al abatirse el tifo y la difteria y los casos de enfermedades transmisibles y cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social adquirió el Centro Médico Nacional, no necesitó ésta institución, organizar y sostener un gran hospital de infecciosos.

En otro ejemplo de cambio económico-social, el Secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Jorge Jiménez Cantú, estudia la conveniencia de transformar el Sanatorio de Huipulco para enfermos tuberculosos, en hospital general; porque el progreso de la terapéutica antituberculosa permite el tratamiento ambulatorio de éstos pacientes, su vigilancia y control en la consulta externa y su cuidado en el hogar por enfermeras visitadoras; de modo que terapéutica y profiláctica, hospital y hogar forman un todo.

Proyección interna. El examen médico anual de todo el personal en aparente estado de salud, a realizarse en todos ellos y en las clínicas, llegará

a proporcionar la mejor información disponible sobre las condiciones de salud y las de enfermedad de los grupos médicos, paramédicos y auxiliares. Será una muestra de como están algunos grupos de nuestra población en cuanto a salud o alteraciones patológicas incipientes o avanzadas.

Por investigación más detallada, y empleo de sistemas de computación, sabremos más de la salud física y mental de las personas examinadas. Los médicos serán más cuidadosos de su propia salud.

Más allá del hospital, a través de las clínicas establecidas en fábricas y grandes establecimientos comerciales, industriales y agrícolas, en los puestos de atención permanente, se obtendrán otras muestras de lo que ocurre en diferentes estratos de la población.

Los programas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de las Instituciones de Seguridad Social, de otras oficiales y aún en el ejercicio médico privado, sabrán como afectan a nuestra gente enfermedades como diabetes, padecimientos cardiovasculares, oftalmológicos, auditivos, psíquicos, la magnitud del alcoholismo y toxicomanías. Otros muestreos, darían datos sobre inmunidad, genética, intoxicaciones ocupacionales de la población.

Tendencia de la medicina preventiva y la rehabilitación en los hospitales. La orientación hacia la integración en los hospitales de las funciones de la medicina está de acuerdo con la indicada para el hospital moderno, por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud:

1. Restauración de la salud, en servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2. Prevención, que comprende la asistencia prenatal, la del parto, la postnatal y la vigilancia médica del desarrollo del niño, así como la lucha contra las enfermedades transmisibles y la educación sanitaria.

3. La enseñanza y formación profesional de médicos generales y especialistas, de enfermeras y de personal de salud de otras categorías.

4. La investigación, que se extiende de los aspectos físicos y sociales de la medicina, a las nuevas necesidades y condiciones.

La tendencia esencial de los servicios de medicina preventiva en el hospital es hacia su incorporación en el ejercicio profesional, sólo en parte como otra especialización, procurando que se desarrolle una mentalidad de ejecución consciente de actividades de curación, de prevención y de rehabilitación sino separarla en áreas alejadas o antagónicas.

Factores económicos y educativos. El hospital es la institución más elaborada, costosa y compleja de servicio médico y, dada la relación directa entre la enfermedad y la salud, es creciente la influencia social de ese magno organismo médico de la era moderna.

Los servicios hospitalarios son más caros mientras sea mayor el personal bien preparado y seleccionado y más alta la erogación en edificios y equipos. Se eleva constantemente el renglón médico asistencial en los diversos presupuestos nacionales que se les des-

tinan, aún cuando los costos de éstos servicios no pueden ser comparados con el valor de la salud humana (OMS), pero las erogaciones, tanto para la construcción como para el sostenimiento de los servicios hospitalarios, deben tener en cuenta las condiciones económico-sociales de la nación, ya que podría llegarse a crear un problema financiero por el exceso de impuestos, así como una protesta de las comunidades si los enfermos y sus familiares no consideran que la categoría de los servicios corresponde al costo de los mismos.

El personal médico, el paramédico y el auxiliar, en niveles técnico y de intendencia, dependen en primer lugar de los fondos gubernamentales, de los ingresos de la población y de su distribución, así como de la organización política y social, de la educación de los dirigentes, de los profesionistas y de la educación popular.

El límite de fondos disponibles puede ampliarse si los servicios son buenos y la sociedad es poco enferma. El despilfarro en instalaciones innecesarias u ostentosas, lo mismo que el descenso en la calidad de la atención médica, son proliferaciones malignas que destruyen a la sociedad que las sufre.

En la situación de México, la flexibilidad en los servicios del hospital, introduciendo la prevención y la rehabilitación, reducirá considerablemente los costos, evitará que algunos padecimientos lleguen a condiciones de gravedad que requieran hospitalización, y que sea ésta la única forma en que una persona puede recibir asistencia médica.

Dentro del hospital, la medicina preventiva evita no solamente las infecciones cruzadas¹¹ la contaminación de los alimentos por empleados portadores de gérmenes; cuida la salud de todo el personal, lo mismo del de categoría profesional, que la de técnicos de laboratorio, afanadoras, cocineros o personal administrativo. Un hospital no debe ser infectado o infectante.

En saneamiento ambiental los exámenes de edificios e instalaciones, así como la educación de los manejadores de alimentos en la preparación, elaboración y distribución correctas, ponen en contacto a los médicos, estudiantes y administradores, con los ingenieros sanitarios, arquitectos, mecánicos, educadores, auxiliares, todos de salud pública, en intercambio ventajoso.

Toda modificación de conceptos encuentra siempre resistencia para ser aceptada; se supone que el trabajo aumentará sin que su incremento se acompañe de una compensación económica proporcional. En el mismo orden de dificultades se encuentra la necesidad de mayor estudio para un nuevo tipo de práctica médica, preparación para ella en la escuela de medicina, educación de la comunidad y de los profesionistas para proporcionar atención médica integral de primera calidad.

Colaboración de los médicos de hospital en los programas de salud pública. Todo programa de salud, se basa en la información científica lo más exacta posible de la morbilidad y la mortalidad; ninguna estadística será útil cuando los diagnósticos en que se apoye sean imprecisos o falsos. En epi-

demiología, es necesario utilizar estadísticas de morbilidad y de mortalidad que en nuestro medio son contabilizadas bastante defectuosas. Si por una parte, los médicos particulares notifican rara vez los padecimientos de que deberían informar por ley a las autoridades sanitarias y otros llenan los certificados de defunción sin concederles importancia y dejan las estadísticas sin apoyo, por otra parte, las historias clínicas y los diagnósticos hechos en los hospitales y los protocolos de los servicios de anatomía patológica deben y pueden ser la base firme, metódica y científica del conocimiento de la patología nacional, con sus variaciones regionales y las variables epidemiológicas de edad, sexo, ocupación y antecedentes. La clínica, reina de la medicina, con el material informativo de un hospital con servicios integrales, descubrirá una rica e inmensa veta de precisión científica para la medicina nacional en todos sus aspectos.

Educación universitaria y superior.
Parecerá redundante mencionar en esta

nota, la educación médica e insistir en la universitaria; pero creo que a pesar de su repetición entre nosotros, en asociaciones médicas y en diversas reuniones, el tema es inagotable.

En verdad, todo plan modesto o ambicioso de reforma y progreso, fracasará si quienes lo deban realizar o quienes deban intervenir legalmente, no

TABLA VII
EROGACIONES EN ASISTENCIA
MEDICA

1965-1969 (en miles de pesos)

| <i>Institución</i> | <i>Total</i> | <i>Porcentaje</i> |
|----------------------------|----------------|-------------------|
| IMSS | 2 134.4 | 64.2 |
| ISSTE | 431.9 | 13.0 |
| SSA | 639.7 | 19.2 |
| Pemex | 28.1 | 0.8 |
| Defensa Nacional | 38.8 | 1.2 |
| FF.NN. | 37.1 | 1.1 |
| Sría. de Marina | 4.0 | 0.1 |
| FF. Pacífico | 2.7 | 0.1 |
| DDF | 11.1 | 0.3 |
| SCT | 0.6 | |
| | <u>3 328.4</u> | <u>100.0</u> |

TABLA VIII
RECURSOS INVERTIDOS
(en miles de pesos)

| <i>Capítulos</i> | <i>Inversión autorizada</i> | <i>Inversión ejercida</i> | <i>Por ciento</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|
| I. Edificios para medicina preventiva | 123.1 | 40.0 | 32.5 |
| II. Edificios para atención de padecimientos agudos | 1 759.9 | 1 009.9 | 57.4 |
| III. Hospitales especializados | 306.1 | 88.5 | 28.9 |
| IV. Adquisición de equipo | 187.8 | 127.4 | 67.8 |
| V. Conservación, mantenimiento, ampliación y adaptación de hospitales | 658.9 | 236.1 | 35.8 |
| VI. Gastos indirectos | 156.5 | 152.0 | 97.1 |
| VII. Otros | 136.1 | 48.0 | 35.9 |
| Sumas | <u>3 328.4</u> | <u>1 702.9</u> | <u>51.1</u> |

están preparados para ello, no aceptan las nuevas ideas o las ignoran.

La asistencia médica, concebida esencialmente en su función curativa, ha sido estudiada recientemente en México por el arquitecto Mc Kelligan y se presenta, en lo que se llama el sector público la autorización a diez instituciones a invertir \$ 3 328 400.00 en los cinco años de 1965 a 1969, en la forma señalada en la tabla VII.

Los recursos invertidos, en base a los cuales se hacen, sin asesoría, ni consulta con médico alguno, o asociación profesional, todas las deducciones y cálculos de las necesidades de hospitales y camas, son de bastante cuantía para México y fueron ejercidos como se señala en la tabla VIII.

Se analiza la proporción de población atendida hasta 1969, el número de individuos correspondiente a organismos descentralizados, (tabla IX) o dependencias federales (tabla X) con asignación específica, como una contra-prestación:

TABLA IX
PROPORCIÓN DE POBLACION
ATENDIDA EN ORGANISMOS
DESCENTRALIZADOS

| <i>Organismos</i> | <i>Derecho- habientes</i> | <i>% relativo</i> |
|--------------------|-------------------------------|-------------------|
| FF.NN.* | 365 000 | 3.9 |
| IMSS † | 1 667 704 | 80.5 |
| ISSSTE | 1 193 221 | 12.5 |
| Pemex | 293 469 | 2.1 |
| Subtotal | 9 519 394 | 100.0 |

Atienden un 19.8 por ciento del total del país y a un 92.3 por ciento de la población con asignación específica.

* Incluye al Ferrocarril del Pacífico.

† Datos a 1967.

TABLA X
PROPORCIÓN DE POBLACION
ATENDIDA EN DEPENDENCIAS
FEDERALES

| <i>Dependencia</i> | <i>Derecho- habientes</i> | <i>% relativo</i> |
|--------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Secretaría de Comunicaciones y Transportes | 200 000 | 29.2 |
| Secretaría de la Defensa Nacional . . . | 410 293 | 59.8 |
| Secretaría de Marina | 75 728 | 11.0 |
| Subtotal | 686 021 | 100.0 |

Atienden al 1.4 por ciento de la población total del país y a un 6.7 por ciento de la población con asignación específica.

El total de población atendida por organismos descentralizados y dependencias federales, es de derechohabientes 10 205 415 (12.2 por ciento de la población total del país). En cuanto a la población atendida por empresas privadas en 1968, es de 7.5 millones de personas (15.15 por ciento de la total). El número de camas instaladas para atención médica general de un sector de la población urbana de alto nivel económico, representa un índice de 5 camas por millar de habitantes. La población restante del país, de 30.6 millones de habitantes (63.3 por ciento) queda directamente al cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El arquitecto Mc Kelligan observa: "En consecuencia, corresponde a los hospitales civiles, dependientes de los gobiernos de los Estados y Municipios, generalmente por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y a esa misma dependencia federal, atender a este sector de la población, que involucra al grueso de

las personas que habitan el medio rural de la nación y un gran por ciento de la población urbana y suburbana de más bajo ingreso con altos índices de mortalidad".¹

Comentario

Ahora bien, los valiosos datos anteriores y otros de la publicación citada, hasta ahora jamás reunidos para consulta y análisis, sorprenden al registrar, por ejemplo en la tabla 21, 11 425 camas para medicina preventiva en todas las Entidades Federativas en instalaciones para asistencia médica, controladas por el sector público. De esas camas, para medicina preventiva, corresponden 21 de los Ferrocarriles Nacionales, 2 020 del I.M.S.S., 142 de la Secretaría de la Defensa, 94 de la Secretaría de Marina y 9 101 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

No mencionaría lo anterior, por respeto al formidable trabajo de los autores y por gratitud por su publicación sobre la asistencia médica, si no fuera porque admiro demasiado su labor para no dar a conocer que al no tener en cuenta la patología regional y nacional, la evolución de la medicina y las modificaciones en las causas de muerte y otros datos de la epidemiología de la salud y la patología de la pobreza, *La teoría y el análisis de la asistencia médica en México* pierde parte considerable de su utilidad para la formulación del programa nacional de salud; indispensable éste en el estado actual de organización y urgente, para el desarrollo ordenado de México.

La asistencia médica no puede, socialmente, ser unilateral; cada función tiene su lugar y la terapéutica no resolvió antes los problemas de miles de enfermos de fiebre amarilla urbana, o decenas de miles de casos de viruela y tifo; ni debería hacerse un cálculo de hospitales y camas para reducir la poliomiélitis. La asistencia médica curativa requiere hospitales para enfermedades agudas o subagudas, para curar a quienes están enfermos; pero el cálculo de las necesidades no debe limitarse a un solo aspecto de la asistencia médica.

Son los hospitales y los centros de salud, los lugares donde las necesidades de la humanidad, todas sus necesidades, pueden percibirse si se tiene sensibilidad y solidaridad hacia el hombre y la sociedad.

Ahí se puede tomar el pulso, escuchar a enfermos y sanos que los acompañan y formular el diagnóstico de la biología social. Celis se refirió un día a la patología de la pobreza, es la manifiesta en los pabellones y consultorios, la que necesita terapéutica.

Deseamos hoy que se conozca y justiprecie la epidemiología de la pobreza, y prevenir esa patología y el médico puede ayudar a evitarla, a rehabilitar al inválido, a formular el plan de salud.

Escuchando a quienes acuden al hospital, a los enfermos y a los sanos o con apariencia de estado, a grandes y a pequeños; a gentes del campo o de la ciudad, a cuantos acudan a él como centro de salud, se podrá llegar en prevención primaria, a la casa y el taller; por la curación a devolver la salud,

por la rehabilitación a reducir o evitar la invalidez, con retorno a la actividad física, mental y social.

Para el médico, en el hospital moderno, el servicio de medicina preventiva directamente o por conducto del centro de salud, cuidará y vigilará a la persona curada cuando vuelva a su hogar; obtendrá recursos para el estudio consecutivo del enfermo, después de que salió del hospital y lo ayudará a reincorporarse a la comunidad.

Un servicio de esta naturaleza permite al Instituto Nacional de Cardiología, seguir la historia y cuidar a los niños convalecientes de fiebre reumática en la casa-hogar-escuela, sostenida por la Liga Juvenil de México. Las recaídas disminuyen, el Instituto aumenta el número de niños curados, se previene el retorno al hospital y la recuperación de camas y se rehabilitan los enfermos. Los familiares se educan y el resultado final es más humano.

Para terminar, insistiré en las posibilidades de educación en los servicios preventivos, de muchos grupos, para despertar la conciencia del valor de la salud y de la vida humana. La educación de médicos, enfermeras y personal auxiliar, de empleados, de estudiantes, en el interior del hospital y de enfermos y de aparentemente sanos en las áreas de comunicación y en la consulta externa de la población general con proyección al exterior.

Como se necesitan ingenieros, economistas, arquitectos, sociólogos y antropólogos en este hospital, la Universidad deberá tener presente en sus planes y reuniones de desarrollo económico y

social, que la medicina posee todo el acervo de conocimientos científicos y toda la tradición del humanismo necesarios para ser considerada como fuerza creadora de lo que más vale en el mundo: el hombre sano.

REFERENCIAS

1. McKelligan Ruiz, O. y Pérez Carreón, L.: *La Asistencia Médica en México*. México, Secretaría de la Presidencia. Dirección de Vigilancia, 1970.
2. Ornelas Hernández, A.: *Medicina preventiva en hospitales*. Salud Púb. Méx. Época V. 133, 1960.
3. Del Pozo, E. C.; Vasconcelos, R.; Bustamante, M. E.; Derbez M. J.: *El nuevo centro de salud de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Ciudad Universitaria*. GAC. MÉD. MÉX. 90:455, 1960.
4. Guzmán, M. L.; Frenk, S. y Avila Cisneros, I.: *Contribución de los servicios de un hospital en la acción preventiva del mismo*. Higiene. 12:271, 1961.
5. Barquín Calderón, M.; Tovar Cepeda, J. y Alvarez Alva, R.: *El servicio de medicina preventiva del Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Higiene. 13:3, 1961.
6. Domene de Flor, R.; Treviño Treviño, G. y Garza Ondarza, L.: *El servicio de medicina preventiva en el Hospital Regional del I.M.S.S. de Monterrey*. Higiene. 13: 8, 1961.
7. Benavides, L.: *La medicina preventiva en el Hospital Infantil de México*. Higiene. 12:277, 1961.
8. Ruiz de Esparza, J.; González Montesiños, F. y González Avila, A.: *La medicina preventiva en el hospital*. Higiene. 12: 267, 1961.
9. Ríos Vargas, A.; Barrera Barrera, C. y Ordóñez, B. R.: *Organización y funciones de un servicio de medicina preventiva en un hospital*. Higiene. 12:282, 1961.
10. Zubirán, S.; Jiménez, M.; Muñoz Turnbull, J.; Rodríguez, R.; Sánchez Meda, L. y Ruiloba, J.: *Medicina preventiva*. GAC. MÉD. MÉX. 97:945, 1967.
11. Martínez Báez, M.: *La medicina preventiva del médico clínico*. GAC. MÉD. MÉX. 100:89, 1970.
12. Bustamante, M. E.: *Salud pública y seguridad social*. II Congreso de la Academia Nacional de Medicina. México, 1969, vol. 1, p. 1.

V

PARTICIPACION DE LOS HOSPITALES EN LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y DIVULGACION MEDICA

LUIS MÉNDEZ *

SI LA MEDICINA según la he definido¹ representa en la actualidad el servicio supremo del hombre hacia el hombre, hay que considerar dos aspectos importantes en la promoción de la salud y de la superación de la especie humana en lo individual y en lo colectivo: primero, la formación, la preservación y perfeccionamiento de los conocimientos y de la habilidad en los expertos de las disciplinas de la salud y segundo, la prestación de los servicios. En este sentido, el hospital constituye uno de los valores y de los instrumentos idóneos para cubrir ambos aspectos. Al servicio de la comunidad ha de asumir funciones, responsabilidad y conexiones con todos los elementos que se encaminan al mismo objetivo, por lo que tiene una vinculación tan esencial como compleja con todas las actividades que rigen el progreso y el bienestar social e individual, principalmente con la educación y con los cambios culturales que condiciona el avance tecnológico y científico.

Requisitos mínimos para la enseñanza en hospitales, no sólo para médicos sino para todas las categorías que requieren los servicios de la salud

Es evidente que el hospital no se circunscribe a la lucha contra la enfermedad ni marca una frontera entre la curación y la prevención y la rehabilitación, ya que las tres son en sí inseparables y complementarias, por más que algunos procedimientos curativos, sobre todo en casos de gravedad, a él le competen más que cualquier otro órgano de la sociedad; de lo que resulta obvio que el médico necesita apoyo en expertos que lo complementen, que lo refuercen en conocimientos y en técnicas y, de otros que lo liberen de tareas sencillas con el consiguiente ahorro de esfuerzo y de tiempo.

Se requiere, para cumplir tareas docentes, que haya los medios, edificios, instalaciones, equipo e instrumental que respondan y garanticen los elementos materiales aplicativos pero, por encima de ellos, son imprescindibles doctrina, dirección, disciplina, orden y laboriosidad, valores humanos que deben persistir en continua depuración y en re-

* Académico numerario.

novación continua; de ahí le viene al hospital la obligación de transmitir y buscar conocimientos, y de estar en contacto con generaciones jóvenes en etapa formativa.

De acuerdo con la índole de cada hospital, de su ubicación en la comunidad, su dependencia, su financiamiento, sus obligaciones y sus recursos, deberá comprometerse en la formación y en la educación continua de distintos expertos; no serán las mismas exigencias para la enseñanza a enfermeras, trabajadoras sociales, recepcionistas, técnicos de gabinetes y laboratorios, así como otros, si el hospital es general, de concentración, de especialidades, de apoyo rural o, si tiene que impartir servicios a una población cerrada o al público y, si hay o no cuotas de recuperación, si es gratuito o es estrictamente comercial.

En decenios anteriores las instituciones docentes de gran fuerza económica fundaban y operaban hospitales cuyo objetivo primordial era la enseñanza y la investigación, mientras que la asistencia y la prevención venían a ser colaterales. Con los avances científicos y con las ineludibles exigencias sociales de los últimos años, esos hospitales no han resultado los mejores para la docencia. Un ejemplo de los últimos años lo señala Walsh² en la experiencia de la universidad de Stanford, la que tuvo que volver a la vinculación con el hospital municipal, en vista de los tropiezos docentes y asistenciales que se tuvieron con el hospital universitario, construido y operado con recursos financieros y técnicos inmejo-

rables; lo que demuestra que la medicina de nuestra época, con sus hospitales, ha de estar en el meollo mismo de la comunidad, aun en países de gran poderío económico.

Han de ser los organismos rectores de los hospitales de acuerdo con los organismos educativos, quienes marquen los objetivos, la responsabilidad y la capacidad que se tenga para adiestrar, en cualquier etapa, a médicos, enfermeras y todo el personal, sin perder la visión general de los servicios de salud y de las posibilidades complementarias de instituciones afines o diferentes al modelo de hospital. Serán los ministerios de salud y educación o sus equivalentes, las instituciones de seguridad social, las municipalidades y todos los grupos sociales organizados, los que determinen qué es lo que se va y se puede enseñar y a quiénes, y con qué programas se enseñará en cada uno de los hospitales.

Además de los médicos, para los que se ameritan consideraciones extensas, los hospitales son el órgano social idóneo para la formación de enfermeras, ya sea con escuelas propias o con facilidades que otorga para que otras escuelas dispongan de campos clínicos, sin los cuales no se concibe una enfermera capaz. Para técnicos de laboratorio, lo mismo que para técnicos de ingeniería biomédica, el hospital especializado en algunas ramas, como la oncología, debe ser partícipe obligado en la docencia, si bien los expertos más refinados han de tener su preparación matemática y física en otros centros; no debe olvidarse la utilidad de técnicos de ca-

tegoría modesta con suficiente adiestramiento para determinar dosis de radiación, lectura de curvas, observación de laminillas al microscopio y, otras tareas que se aprenderán y serán supervisadas bajo la vigilancia de personas de más experiencia y preparación.

No es posible predecir el tiempo que habrá de transcurrir en el mundo y en nuestro país, para que la automatización elimine a muchos de los ayudantes y auxiliares técnicos de los laboratorios y de los gabinetes, pero hay que mantenerse alerta para orientar a un personal que se ajuste a los cambios que se vean más próximos y, para adiestrarlos como auxiliares en el dominio de las máquinas, que modifican el trabajo hospitalario. Es necesario buscar el equilibrio entre la mecanización y la "mentalización".

Cada día es también más necesario exigir la coordinación y la colaboración de todos los hospitales para que en algunos se preparen a los expertos que puedan servir a los demás y, no consumir recursos en la enseñanza que puede ser más útil y suficiente en otros nosocomios. De ahí, la ventaja de grandes instituciones que cuentan con red de hospitales de magnitud y capacidad diferentes según funciones específicas. Deben evitarse duplicidades innecesarias, para mejor aprovechamiento de los recursos generales.

Bases metodológicas para satisfacer las necesidades de personal médico del país.

Entre las discrepancias, contradicciones, desajustes e injusticias que ha

propiciado el adelanto tecnológico, está la dificultad para definir el campo de responsabilidad del médico, su obligación frente a la comunidad, así como el apoyo y el fomento que debe recibir de ella. Se cuenta con elementos informativos, diseños metodológicos, doctrina y señalamiento de objetivos y, sin embargo, en casi todos los países hay desproporción entre el número de médicos, su capacidad y sus obligaciones frente a la población. En naciones como la nuestra, que se encuentran en desarrollo, la desproporción se acrecienta y se convierte en incongruencia por lo que ve a la distribución geográfica según la densidad de población, así como en las tareas específicas del médico, se le pide a veces mucho, y otras veces consume tiempo y desperdicia preparación en la ejecución de trabajos que puedan desempeñar personas que no requieren de una formación tan prolongada y ardua. El ejemplo de otros países en los que el papel del médico es diferente, hace que muchos quieran ceñirse a modelos extraños que si, para unos pocos les reditúa en éxito personal, para ellos mismos y para la mayoría que no obtiene éxito semejante, repercuten en abandono y descuido de muchas personas. Quizá estemos en la transición para llegar al médico del siglo XXI, que según Burnet³ será de dos tipos: el de hospital y el del primer contacto. Se ha destacado mucho entre nosotros, y es el ejemplo que se proporciona a los jóvenes, al médico que en un hospital adquiere dominio sobre técnicas difíciles que le permiten hacer curas asom-

brozas en enfermos muy graves, los que vienen a ser una pequeña parte en relación con los que sufren padecimientos que todo médico debe dominar, así como en relación a los grandes núcleos que lo que reclaman es la promoción de la salud. Hasta los últimos años hay una corriente cada vez más vigorosa para estimular la formación y la dedicación de médicos de la comunidad, que han de recibir parte de su formación en el hospital, pero cuyo campo de aplicación va a estar fuera de él. Quienes hemos pasado largos años en el hospital, debemos ser los primeros en reconocer la dignidad profesional y humana, así como el respeto social que merecen los médicos que, fuera del hospital, van a la comunidad como guías, consejeros y maestros. Debemos también, integrarnos a ellos para que el hospital no resulte un órgano desconectado de la salud y del bienestar, que será mejor mientras menos personas tengan que ingresar a él, pero que las grandes mayorías sí reciban sus beneficios por la prolongación que se debe irradiar a la sociedad.

El intercambio y la convivencia periódica de los médicos de la comunidad, en cursos y estancias dentro del hospital, y la visita de los especialistas a las clínicas de consulta general, son de utilidad innegable, como se demostró en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de los años de 1964 a 1968. Posteriormente se fomentó la difusión de los adelantos de algunas especialidades a distintos lugares de la República, a través de los especialistas

egresados de los hospitales de varias ciudades importantes que integran el sistema, y que fueron con la misión de actualizar a los médicos generales.

Acrecentamiento de la convicción de la necesidad cada vez más inevitable de la medicina integral en los programas docentes

Así como el hospital que mantiene ágiles y seguras las conexiones de todos sus servicios entre sí y con otras unidades médicas que comparten la prestación es el de mayor eficacia, los médicos que integran el personal de uno y de otros deben mantener claro el concepto de complementariedad de unos y otros, que se logra únicamente si hay un criterio universal de lo que la medicina toda es capaz. La demarcación de la responsabilidad no debe desembocar a la fragmentación de obligaciones ni de tareas; si la habilidad y el dominio de algunas técnicas van a ser privativos de los que mayor adiestramiento hayan recibido en ellas, no por esto deben desentenderse de la visión panorámica, íntegra, de lo que salud y enfermedad significan en el complejo biológico y social del individuo y de la comunidad.

Se ensayan programas para reducir la duración de la etapa formativa de los médicos, con elección de la especialización desde los primeros años de la carrera, a fin de producir más rápidamente el número de profesionales que se necesitan. Si a todos se les asigna y se les reconoce el papel tradicional del médico, se corre el peligro de mu-

tilaciones en el ejercicio que repercutirán en degradación de la asistencia y de los cuidados de la salud. Es preferible que, a semejanza de lo que se hace en algunos países y de lo que se realiza ya en la universidad de Duke, se formen expertos que puedan ser los ayudantes del médico, a los que se adiestrará en campos limitados, pero cuya actividad tendrá que ser regulada por profesionales formados íntegramente en disciplinas científicas y en humanidades. Aquéllos serán de categoría que, no por modesta, pierde importancia y respetabilidad, como sucede ya con los *feldscherer* de Rusia y los podiatras de Estados Unidos de América.

Procurar la superación continua y permanente científica, técnica y sociológica en el personal de los hospitales

Los descubrimientos científicos y los adelantos técnicos han repercutido sobre la medicina en mayor proporción que sobre otras actividades y disciplinas intelectuales, lo que ha propiciado el desfase entre lo que en teoría se puede hacer en beneficio de la salud y lo que en la realidad se logra. Lo que se debe, en primer término a que la profesión no evoluciona moral e intelectualmente al ritmo de los progresos señalados, cosa cada día más manifiesta en la etapa de preparación del profesional, pues la mayoría de las escuelas de medicina, con la ambición de dar una recia y moderna información científica ha descuidado el aspecto aplicativo y la capacidad de

comprensión de los elementos humanos y sociales, tanto de quien proporcionará el servicio como de quien lo recibirá.

El rezago en la etapa formativa es mayor que el rezago en la de la prestación; en ésta el médico se ha visto forzado a entender una realidad cada vez más exigente. En el postgrado se han tenido que llenar lagunas de conocimiento de los distintos grados escolares, desde la escuela primaria hasta la profesional y ha sido necesario modelar posteriormente la mentalidad del médico, para capacitarlo a que aprenda y a que aplique conocimientos. Esto se ha realizado con énfasis sobre la parte científica y con poca insistencia sobre fenómenos sociales, psicológicos, antropológicos, históricos, económicos y políticos, hecho observado con mayor realce en la docencia dentro del hospital. Hasta hace pocos años se inició un movimiento para cubrir los campos señalados, con fomento de la cultura humanista. Debe aprovecharse la conformación mental lograda para el aprendizaje científico en los grupos de médicos de hospital, para que sea utilizado en la dirección de un humanismo moderno.

Relación de los servicios de hospital con instituciones de enseñanza médica y paramédica

Ya se expuso que el hospital que sirve a la comunidad con orientación de servicio público y social es el idóneo en los campos clínico y paraclínico en la etapa formativa y de educación continua de los expertos de la salud.

También se recalcó la necesidad de fortalecimiento de conexiones y de apoyo con todos los órganos protectores de la salud; ahora debemos insistir en que la protección máxima deriva de la educación obtenida tanto del profesional como de los individuos y de los grupos sociales a los que se debe atender. La relación establecida con centros específicamente docentes no basta, debe propagarse y afirmarse con las organizaciones culturales de toda índole, con centros recreativos, con medios de difusión que llevan esparcimiento, con grupos gremiales, con asociaciones cívicas y con dependencias oficiales.

Nuestra Academia se esfuerza por hacer la conexión citada y por estimular en todas las agrupaciones médicas el intercambio y la coordinación para reforzamiento de la acción conjunta. La mayor parte de los académicos pertenecemos al hospital y en él encontramos el sitio propicio para desarrollar esa labor académica, pues nuestra oportunidad de servicio ha de tenerse presente y, jamás podremos desdeñar el alternar con colegas y con auxiliares y población en general a los que ayudaremos con nuestra capacidad, que se verá acrecentada al aprender de ellos a través de la comunicación humana.

No se ha mencionado el papel del hospital en la investigación; su esencia misma, universalmente aceptada, me permite ser muy breve. En los hospitales se hace a diario y con múltiples modalidades, investigación y experimentación, la primera en el camino del diagnóstico, la segunda en el del tratamiento, de la profilaxis y de la reha-

bilitación. Captar la experiencia individual y colectiva, ordenarla y diseñar métodos que permitan establecer generalizaciones que nos lleven a la adquisición de conceptos, es avanzar en la ciencia, pero con los objetivos tanto inmediatos como distantes de que cada nuevo dato se utilice, y a la vez se proporcione mejor servicio.

Las facilidades que hay en algunos hospitales para la experimentación rigurosa con la salvaguarda del enfermo, deben mantenerse estrechamente supervisadas, para que no haya desviaciones, abusos ni distorsiones, para que los riesgos que se corran sean únicamente los inevitables, y siempre estén bajo control y nunca obedezcan al propósito primordial del adiestramiento de los profesionales de la medicina por encima del beneficio, a corto o a largo plazo, de los enfermos.

En algunos centros hospitalarios hay además laboratorios, gabinetes, servicios de experimentación en animales, con instalaciones que esclarecen problemas del conocimiento, con métodos que diseñan modelos que ahorran riesgo en el humano; se debe, además, mantener una coordinación estrecha entre quienes trabajan fuera del manejo del humano con los clínicos y recordar siempre que el interés del trabajo de investigación y de experimentación ha de proyectarse en beneficio de nuestra especie y, que permita, como lo establece el maestro Chávez,⁴ que se confiera la máxima dignidad a la medicina al transformarla, de individual en social, y de curativa en preventiva.

REFERENCIAS

1. Méndez, L.: *Medicina del pasado, contemporánea y del futuro*. Rev. Méd. Inst. Mex. Seg. Soc. 4:230, 1966.
2. Walsh, J.: *Problems over more than money*. Science 171:551, 1971.
3. Burnet, M.: *Medicine of the future*. Ann. Int. Med. 74:289, 1971.
4. Chávez, I.: En: *Jubileo del doctor Ignacio Chávez*. La Prensa Médica Mexicana. México, 1970. p. 217.

VI

DESCENTRALIZACION REGIONAL DE LOS HOSPITALES EN MEXICO

CARLOS ZAMARRIPA-TORRES *

DEL PANORAMA que presentan nuestros hospitales,¹ se desprenden algunas observaciones que llevan a pensar en la conveniencia de formular nuevos planes de su organización a nivel nacional.

Desde luego, advertimos falta de coordinación² entre las instituciones que tienen hospitales a su servicio. Forman sus sistemas de atención médica con base en sus propios requerimientos, sin mucho aprecio por lo que hacen las otras.

Nos percatamos de la tendencia a concentrar recursos, derivada de la creciente complejidad de la ciencia médica aplicada para bien de la salud humana, de la escasez de personal bien preparado y de los costos elevados de los hospitales. Tendencia, al parecer, opuesta al empeño de lograr que los núcleos de población pequeños y dis-

minados tengan acceso a los diferentes niveles de la atención médica hospitalaria. Ambas inclinaciones, a nuestro entender, pueden conciliarse mediante nuevos planes y decisiones que las hermanen y realicen.

También reconocemos que las modalidades del trabajo hospitalario cambian por influencia de diversos factores. Así lo hace nuestra evolución demográfica;³ por ejemplo, entre los años 1900 y 1970 la población aumentó de 13.6 a 48.3 millones de personas. La tasa anual de natalidad pasó de 36.4 a 42.6 por millar, con 49.4 como máximo en el decenio de los años treinta. Bajó la mortalidad general de 33.6 a 7.5 por ciento y la duración media de la vida, que en 1900 fue de 27 años, alcanzó 63.8 años para los hombres y 66.7 para las mujeres en 1970.

Datos preliminares del Censo Nacional de Población de 1970,⁴ apuntan que de nuestros 48.3 millones de habitantes, 27.2 viven en localidades con

* Académico numerario. Hospital Juárez. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

menos de 8 000 habitantes que tienen características rurales, según nuevo concepto de división política. El resto, 21.1 millones radican en localidades urbanas; tres de éstas agrupan, por sí solas, el 23.2 por ciento de la población total: Monterrey con 1 177 631 habitantes, Guadalajara con 1 487 271 y el Distrito Federal con 7.5 millones. Además, la población muda sus actividades: entre los años 1900 y 1968,⁵ la dedicada a actividades primarias —agricultura, ganadería, pesca— se contrajo del 69.5 al 49.7 por ciento, con el natural aumento de la entregada a labores industriales, de comercio y financieras, de comunicaciones y transportes, educativas y de bellas artes, a la seguridad social y las burocráticas.

La población económicamente activa bajó de 31.3 por ciento al 30.8, de 1968 a 1970. Es que el grupo de menores de 18 años casi llega al 51 por ciento del total de población y hay cerca de un 5 por ciento de mayores de 65 años. Además, se retrasa el ingreso de personas a labores productivas, porque la duración de las carreras profesionales y técnicas se alarga; no obstante que cada día más mujeres toman parte en actividades fuera del hogar.

Circunstancias que exigen mayores erogaciones para educación y bienestar social, hospitales, atención a la madre y al niño; mejor asistencia a los adultos, que están expuestos a mayores riesgos, y cuidados especiales a las personas de edad avanzada. Es decir, adaptación de las prestaciones médico-hospitalarias a nuevas circunstancias y a otras características de la población.

Conviene mencionar, siquiera, otros factores conocidos que producen efectos sobre la forma de impartir atención hospitalaria,⁶ tales como el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, el progreso de la cirugía y de la terapéutica médica; los nuevos programas de educación para la salud, medicina preventiva y saneamiento ambiental;⁷ el desarrollo de la rehabilitación de incapacitados y el creciente número de personas con mejor conciencia sanitaria.

Por eso, viejas prácticas de organización de hospitales que hallaron justificación en condiciones distintas a las que privan hoy, han perdido actualidad y sentido en muchos casos. Nuevas necesidades y tendencias reclaman otras estructuras y mecanismos para construir y administrar hospitales.

Tenemos carencias y problemas que resolver. Nos faltan camas de hospital y están mal distribuidas las que existen. Según estudios recientes de la Secretaría de la Presidencia de la República,⁹ en 1970 había en México 98 084 camas de hospital. De éstas, el sector público contaba con 50 756 para atención general y 9 674 para casos crónicos e infectocontagiosos. El sector privado manejaba 37 654, destinadas a enfermedades agudas y maternidad, principalmente. El 72.8 por ciento de las camas servían a la población urbana, que sólo representa el 44 por ciento de la total, mientras que el restante 27.2 por ciento de camas era para la población rural, que es el 56 por ciento de la global. Desproporción mayor porque el 30 por ciento de todas las camas

de hospital están en el Distrito Federal, donde vive sólo el 16 por ciento de la población general.

Ejercicios de estimación señalan, como índices aceptables en nuestro medio, una cama de hospital general por mil habitantes rurales y tres por mil para localidades urbanas, sin incluir las necesarias para enfermos con padecimientos de evolución prolongada ni infectocontagiosos. Aplicando estas bases, nos faltarían 2 090 camas de hospital general para cubrir los requerimientos actuales, si las camas del sector privado sirvieran para la población rural.

Profundizando el estudio, se encontró que las camas del sector privado tienen utilización limitada y casi no atienden población rural, lo que lleva a concluir que, en realidad, hacen falta 17 979 camas, de las que 16 167 serían para el medio rural y 1 812 para el urbano. Además, se calcula que para el año 1980, cuando la población pueda llegar a 69 millones de habitantes, el déficit de camas de hospital para atención general llegará a 23 600 para la población rural y 27 300 para la urbana, si nuestra evolución social no varía significativamente. Problema que crece por la necesidad de tener, así mismo, mayor número de camas adicionales destinadas a infectocontagiosos, enfermos crónicos y convalecientes.

Para cubrir ese déficit tendrán que hacerse elevadas inversiones económicas. Podemos tener una idea, si aplicamos experiencias recientes de varias instituciones, que aprecian en 150 000 y en 350 000 pesos el costo de construcción y equipo de una cama hospital

para medio rural y urbano, respectivamente. Sobre estas bases, la inversión probable en los próximos 10 años, para satisfacer las necesidades señaladas, llegaría a 13 095 millones de pesos.

Además, tendría que agregarse lo indispensable para los establecimientos de crónicos, infectocontagiosos, convalecientes, centros de salud, unidades móviles y otras; así como las erogaciones para modernizar y ampliar instalaciones, sustituir antiguas e inadecuadas y crear centros de docencia e investigación en materia de salud.

Tenemos que considerar, sobre lo anterior, las inversiones de operación, que son permanentes y de gran volumen. Se calcula que cada año se gasta, en un hospital en servicio eficiente, un tercio de valor del edificio con su equipo; y que el costo día-cama en promedio es de \$ 100.00 en el medio rural y de \$ 300.00 en el urbano. Cifras actuales que muestran tendencias a elevarse continuamente.

Aun aceptando que esas estimaciones no correspondan exactamente a la realidad de hoy y de mañana, dejan honda preocupación. Nos obligan a reflexionar con ahinco en el problema para encontrar soluciones que eviten gastos injustificados, superposición de acciones, lograr óptimo provecho de nuestros recursos, y no gravar indebidamente la economía nacional.

Pero cada nuevo hospital o unidad rehabilitada ha menester de más médicos y personal que colabora con ellos,¹⁰ difícil de conseguirlos por escasos y mal distribuidos. Basta recordar que tenemos un médico por 1 700 habi-

tantes, cuando deberíamos contar con uno por 1 200 según opiniones conservadoras, lo que lleva el déficit actual de médicos a más de 10 000. Además, en general, los médicos prefieren establecerse en las grandes ciudades. En el Distrito Federal radica y ejerce 36 por ciento, donde hay un 15.5 por ciento de la población total, mientras que 17 por ciento de nuestros habitantes se encuentra viviendo en localidades donde no hay médico. Algo semejante sucede con enfermeras, químicos, técnicos especializados diversos, trabajadoras sociales y demás personal calificado de los hospitales.¹¹

Por su parte, más de 20 escuelas de medicina de los estados no disponen de instalaciones hospitalarias para una sólida preparación básica y especializada de profesionales, maestros e investigadores. Esto propicia la emigración frecuente de estudiantes y graduados hacia el Distrito Federal y al extranjero, y las graves consecuencias de la "fuga de cerebros".

Los que se quedan en provincia no tienen suficientes estímulos y medios para su perfeccionamiento y actualización. Falta intercambio y divulgación científica. Serio peligro, porque es evidente que los mismos factores que hacen dinámica la práctica médica y el trabajo en los hospitales son, a la vez, causa de que los conocimientos del personal y aun las instalaciones se hagan obsoletos en corto tiempo, aun de algunos que parecen tener vida activa, si no renuevan y ponen al día sus conocimientos y afinan sin cesar su destreza profesional.

En otro sentido, la falta de comunicación interhospitalaria hace que se pierda información valiosa para la superación de nuestra medicina y de la salud; para no emprender ensayos inútiles, que otros ya comprobaron; para no repetir errores, ni perder tiempo y recursos en tanteos infructuosos. La enseñanza que puede dar cada hospital, cada servicio y cada persona, tiene que aprovecharse para beneficio propio; pero también para intercambiarla con otras personas, otros servicios y otros hospitales, para provecho común.

Dentro de ese marco de carencias, la atención de enfermos obliga a trasladar muchos de la provincia al Distrito Federal, ocasionando gastos adicionales, incomodidades y riesgos diversos, o la imposibilidad de proporcionar la asistencia médico-hospitalaria necesaria. La información clínica de uno a otro muy lejano se dificulta y se crean malentendidos entre los grupos de trabajo. Tal parece que una bien planeada organización regional de esos servicios acortaría distancias, facilitaría las relaciones humanas y la información en doble corriente y, sobre todo, haría más efectiva y oportuna la atención de enfermos.

En discusiones técnicas durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana,¹² se destacó como necesidad imperiosa la coordinación y administración de los servicios de atención médica a nivel local, regional y aun internacional. Coordinación que "no significa la absorción de una institución por otra, sino respetar la autoridad jurídica, financiera y administrativa de cada una

de las instituciones, y permitir que cumplan con sus obligaciones legales y con sus objetivos sociales".

Un plan de descentralización y fortalecimiento regional puede contribuir a crear más fuentes de trabajo y de enseñanza, a formar nuevos centros de residencia para la población. Propiciaría la formación de mejores equipos de trabajo locales y enlazados a cortas distancias; facilitaría el desenvolvimiento de habilidades y talentos. Lograría vincular más la comunidad y el hospital, ganar su confianza y su cooperación activa y permanente y hacerlos colaborar mejor en la realización de los programas de desarrollo económico, cultural, político y social de cada zona.¹³

Tarea difícil, pero no imposible si hay decisión de llevarla a buen término, que debe emprenderse sin precipitaciones, con pasos firmes que aseguren su realización aunque sea paulatina, pero sin desalientos que rompan su continuidad, considerando primordialmente el bienestar público.

Si pareciera favorable la posibilidad de ese plan, y reconociendo que no hay planes ideales permanentes en un país con dinámica y creciente como el nuestro, conviene examinar lo peculiar y los recursos de cada parte de nuestro territorio y establecer grupos con representantes de los sectores que resulten interesados, oficiales y privados, en la estructuración nacional de los servicios médico-hospitalarios.^{14, 15}

Sólo como una buena intención, nos permitimos exponer de modo tentativo algunos:

Lineamientos generales para el plan ¹⁶

1. Precisar los objetivos, entre los que podrían figurar:
 - 1.1. Mejorar los servicios de hospital en todo el país.
 - 1.2. Darles cierta unidad técnica y administrativa,¹⁷ dentro de un marco de adecuada coordinación y solidaridad de acción, para el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles.
 - 1.3. Estimular a las comunidades, grandes y pequeñas, a fin de que participen con interés creciente en la solución práctica de los problemas sanitario-asistenciales.
 - 1.4. Hacer una redistribución de los recursos hospitalarios, en proporción real de las necesidades que tienen las diferentes zonas de nuestro territorio.
 - 1.5. Obtener ventajas de la experiencia y de la información procedentes de toda unidad hospitalaria, para superar la calidad de los servicios y acelerar el progreso médico.
 - 1.6. Impulsar los trabajos docentes y de investigación en el campo de salud, con elementos necesarios mejor distribuidos, y una vinculación estrecha y eficaz, de igual nivel, entre todos los establecimientos de enseñanza del país.

- 1.7. Colaborar, con mejor acercamiento, en los programas de desarrollo económico y social de cada región y en las políticas nacionales formuladas y en ejecución.
2. Diversos estudios habrían de entenderse para alcanzar esos objetivos, por ejemplo: composición de la población en general, por regiones y localidades. Índices de natalidad, morbilidad y mortalidad. Condiciones y problemas del medio ambiente. Vialidad y otros medios de comunicación. Distancias y tiempos de recorrido entre las localidades. Servicios médicos que existen. Personal disponible. Situación y tendencias económico-sociales y otras informaciones que cada caso haga necesarias.
3. Con base en la realidad presente y precisados los objetivos, bien podrían intentarse modelos¹⁸ que satisfagan; ejemplares que seguir para elevar el nivel de salud y de vida general.
4. Un diseño que puede llevar a distribuir con mayor proporción los recursos médico-hospitalarios y facilitar su alcance por la población que más los necesita actualmente, sería descentralizar los que no se justifiquen y, al mismo tiempo, reforzar las redes regionales de hospitales y servicios de salud, creando verdaderos sistemas regionales bien coordinados.
5. En el seno de cada sistema regional habría unidades de tipo y grado diverso, escalonadas y concéntricas hacia un centro propio. Zonas de influencia determinada, clara responsabilidad y funciones técnicas y administrativas bien delimitadas. Sólo como una idea preliminar de trabajo, que estudios pormenorizados pueden cambiar, se sugieren las unidades y servicios médico-hospitalarios siguientes:
 - 5.1. Centros regionales primarios; unidad médica de concentración, la más importante; con servicios completos y alto grado de especialización; ubicadas en poblaciones con más de 500 000 habitantes, y con área de influencia superior a un millón.
 - 5.2. Unidades secundarias, subregionales o intermedias; con radio de acción menor que los centros primarios; tendrían servicios de todas las especialidades; ubicadas en localidades con 100 000 habitantes, y con área de influencia hasta de 500 000 habitantes.
 - 5.3. Unidades locales, en comunidades de 20 a 50 mil habitantes, con servicios de hospital general y especialidades limitadas según la morbilidad dominante y donde los módulos de personal alcanzan aceptable productividad por costos y calidad de los servicios impartidos.

- 5.4. Unidades periféricas, verdaderas prolongaciones sanitario-asistenciales hasta los núcleos pequeños y diseminados de población suburbana y rural. Su influencia podría ejercerse en una extensión variable, según la densidad de la población y suma de grupos reducidos de gente, hasta 20 a 25 mil habitantes. Proporcionarían servicios de carácter general básico para una labor de promoción de la salud y asistencia médica.
- 5.5. Las pequeñas comunidades podrían recibir atención por medio de unidades móviles, asegurando una adecuada periodicidad de su visita, con calendarios de operación e itinerarios fijos, previo estudio cuidadoso en cada caso. Manteniendo, además, algunas formas de comunicación permanente entre unidades fijas cercanas y los representantes de las comunidades incluidas en el programa.
- 5.6. En toda comunidad, pero de modo especial en las pequeñas, previa orientación a los sectores interesados, convendría tener promotores de salud. Promotores que serían miembros activos de cada localidad, escogidos de común acuerdo entre los sectores sanitarios y públicos. Tomarían parte como vigilantes de la salud individual y colectiva. Ante cualquier signo de alarma, podrían solicitar la intervención de cualquiera de las unidades señaladas antes.
- 5.7. Se crearían unidades especiales, grandes o pequeñas, de modalidad diferente, para llenar vacíos que puedan quedar entre los anteriores, en el caso de hospitales de especialidad en grandes ciudades, o de centros de bienestar social, en localidades menores.
6. Colateral a esta red de unidades médico-hospitalarias, estarían los centros de docencia médica y conexa, de investigación y de acción social. Todos bien enlazados, colaborando consciente y firmemente en abrir nuevos conocimientos para el progreso de los servicios nacionales de salud. Dentro de este sistema, los enfermos solicitarían atención en la unidad más cercana a su domicilio o al lugar donde aparezca la necesidad de recibirla. Podrían trasladarse, por orden médica, de unidades menores hasta el centro primario regional, siempre que se justificara la necesidad, y se comprobara el buen estudio de los pacientes. El intercambio sería más ágil y las pequeñas unidades tendrían el apoyo de los mayores. Pero en las unidades subregionales, localidades o periféricas, aún los promotores de salud de cada

- comunidad, quedarían obligados a continuar la vigilancia y atención médica de los pacientes que les devuelvan, y a realizar los trabajos derivados de los programas aprobados.
7. Para armar una buena y sólida estructura de organización regional de nuestros hospitales, parecería conveniente crear una base jurídica que sustente el plan. Base jurídica que permitiera formar cuerpos reguladores con representantes de los sectores interesados; que hiciera valer, con fundamento claro, las determinaciones adoptadas y lograra establecer coordinación y métodos de trabajo ajustados a nuestros recursos, a nuestras necesidades peculiares, con miras a la integración nacional médico-hospitalaria a largo plazo.
 8. Se formularán programas de publicidad, intensa y sostenida, por los medios al alcance en cada lugar, para orientar al público y darle a conocer estudios y planes que estimulen su participación activa.
 9. La aplicación del plan se haría mediante una organización adecuada y una administración eficaz de los elementos disponibles, con estructuras, mecanismos y sistemas de control. Los resultados y problemas que se presenten durante su aplicación se evaluarían para hacer ajustes de metas y procedimientos.
 10. Plan de tal magnitud haría indispensable asignar prioridades para actuar con mayor beneficio al más bajo costo posible y en el plazo más breve y oportuno.
 11. Cualquier decisión que se adopte debería considerar que los servicios médico-hospitalarios resuelven sólo parte de los problemas de salud.¹⁹
Precisar atacar, con igual denuedo y con tendencia integral, los derivados de mala alimentación, falta de agua, carencia de vivienda higiénica, eliminación de aguas negras y desperdicios, ropa; sin descuidar la educación, y la justicia social, por mencionar algunos.
 12. Conviene insistir en la necesidad de afinar la organización y la administración de los hospitales, para lograr su óptima productividad y un aprovechamiento justo de los recursos disponibles.
 13. Ante el costo elevado que alcanzan los servicios médico-hospitalarios, y las dificultades de su adecuado financiamiento, convendría encontrar los medios que permitan la participación permanente de todos los sectores sociales, oficiales y privados.²⁰
 14. Una labor unificada,²¹ con carácter nacional bien coordinada, podría beneficiar la industria del país en algunos renglones relacionados directamente con los servicios médico-hospitalarios por ejemplo: productos farmacéuticos, textiles, manufactura de ropa, mobiliario y otro equipo médico, maquinaria de cocina y lavandería, alimentación, artículos de es-

critorio y de aseo, computación y automatización, y otros.

En fin, todo médico, todo ciudadano tiene que incorporarse a la tarea de aprovechar mejor nuestros recursos hospitalarios de hoy y de mañana. Todo vale para este propósito: una idea, un esfuerzo parcial o la entrega completa.

REFERENCIAS

1. Ruiz de Esparza, J.: *Estado actual de los hospitales en México*. I Congreso Nacional de Hospitales. México, 1964.
2. Zamarripa Torres, C.: *Descentralización coordinada de servicios médicos*. Trab. Reun. Nal. Est. Salud, Alim., Asist. y Seg. Soc. PRI, IEPES. Pachuca, 1970.
3. *Polémica*. Rev. Temas Soc. de México. No. 1. México, 1969.
4. Dir. Gral. Est. Sría. Ind. Com. Información, 1970.
5. Bco. Nal. Com. Ext.: *México 1968*.
6. Kissick, W. L.: *Health policy directions for the 1970's*. New Eng. J. Med. 282: 1343, 1970.
7. *American College of Surgeons and American Surgeon Ass.* Bull. Amer. Coll. Surg. 56:14, 1971.
8. Detwiller, L. F.: *The right to health*. Hospitals. 45:63, 1971.
9. Secretaría de la Presidencia de la República. Dir. de Vigilancia. *La Asistencia Médica en México. Teoría y Análisis del Problema*. México, 1970.
10. Miller, J. D. y Ferber, B.: *Health manpower in the 1960's*. Hospitals. 45:67, 1971.
11. Graterol Roque, C. A.: *Distribución sanitaria en el estado de Lara*. Texas Hospitals. 6:17, 1959.
12. Organización Panamericana de Salud. *Coordinación de la atención médica*. Washington, 1970.
13. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica, OMS. Rev. Tec. Hosp. 5:1115, 1958.
14. Henríquez Galindez, L.: *Estudio regional básico del Estado de Falcón, y en especial del centro industrial urbano de Paraguaná*. Rev. Tec. Hosp. 3:799, 1956.
15. Martínez Narváez, G.: *Alternativa en un caso de planeación de salud a nivel regional*. Salud Púb. Méx. Epoca V. 11: 779, 1959.
16. Grant, C.: *The planning process*. Hospitals. 43:58, 1969.
17. Organización Iberoamericana de Seguridad Social: *Seminario de Organización Hospitalaria*. Madrid, 1968.
18. Organización Panamericana de Salud: *Administración Hospitalaria en los Programas de Salud*. Pub. Científica No. 155, 1967.
19. Gabaldón, A.: *Hacia un mejor entendimiento de la revolución sanitaria que necesitamos*. GAC. MÉD. MÉX. 100:1191, 1970.
20. Willcox, A. W.: *Public vs. private sectors: a further shift in power*. Hospitals. 44: 63, 1970.
21. Urdaneta, F.; Bello, F.; López, A.; Graterol, C. A.; Iturbe, P.; Martínez Vera, R. y Romero Medina, A.: *La integración de los servicios médicos*. Rev. Tec. Hosp. 12:5, 1965.

La cuestión es tan compleja, como todas las que tienen que estudiarse en el tubo digestivo, donde se derraman tantas secreciones para obrar sobre productos igualmente complicados, en medio de las cuales libra el médico sus composiciones químicas á fin de que sean transportadas bajo la forma mas simple por la circulación, hasta los átomos del cuerpo á que los destina, y por diversa que de estos sea la naturaleza y variado el papel que tengan que desempeñar.

En nada, sin embargo, dañan estas reflexiones á la memoria del Sr. Peñafiel: su trabajo recae sobre hechos que confirman una ley fisiológica y que importa vulgarizar en las columnas de nuestro periódico para honra de su autor y bien de la humanidad.

Tal es, á lo menos, nuestro modo de pensar: á la Sociedad toca resolver lo conveniente. (Jiménez, L. M.: *Dictamen. Aplicación del jugo pancreático artificial al tratamiento de algunas enfermedades intestinales*. GAC. MÉD. Méx. 6:321, 1871.)