

## Disponibilidad de camas censables en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Roberto Sánchez Ramírez,\* Manuel de la Llata Romero†

*A poco rato entró el médico a hacer la visita acompañado de sus aprendices. Habíamos en la sala como setenta enfermos, y con todo eso no duró la visita quince minutos.*

«El Periquillo Sarniento»

José Joaquín Fernández de Lizardi,  
«El Pensador Mexicano» (1816).

El objetivo del presente ensayo es describir, a partir de la cama censable de hospital, la capacidad física disponible para proporcionar a la población la atención médico-quirúrgica de alta especialidad a través del conjunto que forman los siete hospitales regionales dependientes de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CINSHAE).

Esto se justifica por la responsabilidad de los HRAE para coadyuvar en fortalecer la red de servicios médicos de alta especialidad regional, así como reducir la concentración y saturación de la demanda de este tipo de servicios en el centro del país.

Para los fines del ejercicio aquí planteado, primeramente se aborda el momento de la consolidación de la definición de «cama de hospital» y su uso como indicador de accesibilidad a los servicios de salud; posteriormente, la revisión de su situación particular en el caso de los HRAE.

Se parte por reafirmar que entre los recursos materiales con que cuenta todo hospital destaca la cama, por la importancia que tiene su disponibilidad para la prestación del servicio médico. Lo que no resulta novedoso, ya que hasta hace relativamente poco tiempo, un sector de la sociedad rehusó internarse en algún hospital, porque *la cama en el hogar* era donde el enfermo debía ser tratado por el *médico de cabecera*, ya que los hospitales estaban asociados con el pauperismo y la muerte.<sup>1</sup>

Con el tiempo, la *cama de hospital* se ha convertido en el eje de cualquier sistema hospitalario, independientemente del origen de su financiamiento, organización y función en la respuesta social a la enfermedad. Entretanto, a su diseño se han incorporado cambios que están ligados al desarrollo científico-médico, tecnológico e industrial.

Su actual importancia no se limita al ejercicio del acto médico; también ha sido motivo de interés y objeto de estudio de otras disciplinas como la salud pública, epidemiología, enfermería, estadística, economía, administración, arquitectura, ingeniería y ergonomía, que han contribuido en su concepto, definición y desarrollo. Así ocurrió en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial (1940-1945), dando lugar a formas de organización hospitalaria centradas en el cientificismo y tecnificación de la planeación y gestión hospitalaria y, en cierta manera, también de los problemas de salud del paciente hospitalizado.

\* Editor ejecutivo «B».  
† Editor en Jefe.

### Correspondencia:

Dr. Roberto Sánchez Ramírez  
E-mail: rsr5205@hotmail.com

Fue hasta 1959 cuando la *American Hospital Association*, una de las tres agrupaciones que siete años antes habían fundado la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, incluyó en la publicación *Uniform chart of accounts and definitions for hospitals* la definición contable de «cama de hospital» como aquella que regularmente es mantenida para el uso de los pacientes.<sup>2</sup>

En 1963, la Organización Mundial de la Salud planteó una definición de «trabajo» que incorpora el tiempo como variable cuantitativa en los siguientes términos: «cama de hospital» es aquella que se mantiene para uso continuo (24 horas) de los pacientes. El mismo organismo incrementó la precisión de la definición con inclusión de la variable «lugar», y en 1998 la presentó como «aquella que es mantenida y atendida regularmente para servir tiempo completo a pacientes internados, situados en una parte del hospital, recibiendo atención médica continua».<sup>3</sup>

A la par, en México, durante los años de la Segunda Guerra Mundial, se iniciaba la etapa de edificación de instituciones asistenciales y de la seguridad social que en la actualidad constituyen los auténticos pilares del Sistema Nacional de Salud. Tan sólo en esa década se crearon la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Hospital Infantil de México y los Institutos Nacionales de Cardiología, Enfermedades de la Nutrición y Cancerología.

La siguiente década trajo cambios en la estructura de la Secretaría de Salubridad para atender los asuntos de la información en salud, por lo que en 1952 el Departamento de Demografía y Estadística de 1943 dio paso a la Dirección de Bioestadística, que hoy es el antecedente directo de la Dirección General de Información en Salud.<sup>4</sup>

No obstante, el esfuerzo gubernamental se concentró en la Comisión Nacional de Hospitales, creada por decreto presidencial en 1954, tomando en cuenta que: «Los hospitales, tanto los pequeños como los grandes e igual los de las grandes poblaciones que las pequeñas, son instituciones tan complicadas en su arquitectura y en su organización funcional y administrativa, que su planeación, construcción y manejo requieren una técnica especializada y perfectamente definida».<sup>5</sup>

En la línea de la contabilidad, uno de los trabajos de más importancia realizados por la Comisión fue el «Censo Planificación de Hospitales» de 1957, que recabó información de 1,132 hospitales sobre su ubicación, naturaleza de la construcción, estado funcional, programa médico, cupo, distribución de camas, número de quirófanos, servicios de especialidades, número de médicos, población servida, vías de comunicación y facilidades de transporte, entre muchos más datos.

También destacan las acciones de esta comisión dirigidas a la formulación de programas y planos de los «hos-

pitales tipo» para las zonas rurales a partir del número de camas, así como la impartición de un curso sobre organización y dirección de hospitales con la colaboración de la entonces Escuela de Salubridad, en el que participaron directores de hospitales pertenecientes a los servicios coordinados estatales y de los servicios médicos rurales cooperativos.

Con estos antecedentes en el ámbito de las definiciones contables, la infraestructura hospitalaria y las áreas responsables de la información de daños y servicios hospitalarios, México y América Latina iniciaron la década de los 60 participando del esfuerzo para superar los problemas del subdesarrollo de la región con el liderazgo de los Estados Unidos, que se denominó *Alianza para el Progreso (1961)*.

En el campo de la salud, la Alianza significó un cambio al sustituir la manera azarosa en la asignación de la asistencia financiera y económica de Washington por la elaboración de un plan de carácter decenal.<sup>6</sup>

La Alianza fracasó en el logro de sus objetivos, pero implantó en varios de los gobiernos participantes los métodos y técnicas de la planeación como estrategia para mejorar «las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar», y recomendó «mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias» como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.

En este contexto, México adoptó la recomendación, y en un acto de gobierno presentó el Plan Nacional de Salud 1974-1983, cambiando sustancialmente la manera de priorizar los problemas y aprovechar al máximo los recursos disponibles.

En todo ello, la cama de hospital ingresa en calidad de indicador de cobertura y meta a alcanzar en el citado Plan Nacional de Salud, donde se reconoció la existencia de 76,081 camas de hospitalización y razón de 1.6 camas por mil habitantes en 1974, y propuso como meta para 1983 un incremento en el indicador hasta 2.3 camas por cada mil.<sup>7</sup>

Hasta aquí el seguimiento de la cama de hospital desde su definición hasta su incorporación en planes y programas de salud a nivel nacional, regional y local.

Actualmente, la Norma Oficial Mexicana NOM 035 en materia de información en salud define dos modalidades complementarias de cama de hospital.

En primer lugar, la «cama censable», que es considerada la unidad funcional para la prestación de servicios. Su característica fundamental es que genera un egreso hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal

para la atención médica del paciente); incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.

Por ello es que los recursos hospitalarios se miden por las camas de hospitalización disponibles. A partir de ellas se cuantifican los egresos hospitalarios, y la medición de sus rendimientos se hace relacionando el número de camas ocupadas con el número de egresos.

En segundo, la «cama no censable», cuya característica fundamental es que no genera un egreso hospitalario; es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada «cama de tránsito».<sup>8</sup>

Otro uso de la cama de hospital es como indicador que valora la disponibilidad de camas censables por cada 1,000 habitantes para atender a una población en un lugar y periodo determinados, así como la cobertura de población con base en este recurso.

$$\frac{\text{Número total de camas censables en instituciones del sector público en un periodo determinado}}{\text{total de población de ese periodo}} \times 1,000$$

- Cobertura estatal de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

En el contexto actual, los HRAE son parte de la respuesta del SNS a la desmesurada concentración de la medicina de alta especialidad, principalmente en la Ciudad de México, además de materializar una manera de ampliar el acceso a los servicios del tercer nivel de atención médica.

Su característica distintiva es ofrecer servicios hospitalarios que corresponden a la medicina de alta especialidad, dirigidos preponderantemente a la atención de pa-

decimientos de baja frecuencia, con el empleo combinado de procedimientos clínicos y quirúrgicos que requieren de tecnología de última generación y alto costo, así como de equipos profesionales multidisciplinarios.

A lo anterior se debe añadir que para lograr su desempeño dentro del modelo piramidal de la atención médica o de redes de servicios, dependen de la referencia oportuna de pacientes con criterio clínico y perspectiva regional.

La cobertura según el estado sede de los siete hospitales y sus 864 camas censables es de seis estados, donde habita el 30.7% del total de población, en tanto que el indicador de camas por 1,000 habitantes alcanza un valor de 0.025 (*Cuadro I*); mientras que la cobertura estatal desde la perspectiva de las seis regiones delimitadas en el PMIF se incrementa a 14 estados, que reúnen a 61.3 millones de habitantes y una razón de cama por 1,000 habitantes de 0.014 (*Cuadro II*).

Desde ambas perspectivas, la cobertura de camas censables de alta especialidad por mil habitantes muestra al HRAE de la Península de Yucatán con la mejor cobertura, y en el polo opuesto, al de Ixtapaluca, lo que también se confirma cuando se incorpora en la observación el valor de las camas totales por mil habitantes en los estados sede de los hospitales antes citados.

En descargo de la escasa cobertura que evidencia el empleo del indicador, el resultado obtenido se modificaría sensiblemente si en el denominador se empleara el concepto de cobertura real y no el de cobertura legal o potencial.

En el mismo tenor, en el caso del HRAEB, el comportamiento del indicador mejoraría sensiblemente si en lugar de considerar la totalidad de la población de Jalisco y Zacatecas, sólo se consideran 14 y 18 municipios respectivamente, tal como originalmente se definió su cobertura en el Plan Maestro de Infraestructura Física.<sup>10</sup>

**Cuadro I.** Cobertura estatal según camas censables.

Estado	Población 2010 <sup>9</sup>	% población	Camas HRAE	Camas/hab.
Yucatán	1,995,577	1.8	184	0.092
Guanajuato	5,486,372	4.9	184	0.034
Tamaulipas	3,268,554	2.9	94	0.029
Chiapas	4,796,580	4.3	90	0.019
Oaxaca	3,801,962	3.4	66	0.017
México	15,175,862	13.5	246	0.016
Total	34,524,907	30.7	864	0.025

INEGI, 2010.

**Cuadro II.** Cobertura regional según camas censables.

Región	Estado	Población	Camas censables	Camas/ 1,000 hab.	Total nacional camas × 1,000 hab.
Centro Occidente 1	Guanajuato (León)	5,486,372	184	0.033	0.6
	Jalisco	7,350,682		0.025	0.8
	Michoacán	4,351,037		0.042	0.6
	Zacatecas	1,490,668		0.012	0.7
	Aguascalientes	1,184,996		0.015	0.8
	Total	19,863,755		0.009	
Noreste 1	Tamaulipas (Cd. Victoria)	3,268,554	94	0.028	0.9
	Veracruz	7,643,194		0.012	0.6
	Hidalgo	2,665,018		0.035	0.6
	Total	13,576,766		0.006	
Sur 1	Yucatán (Mérida)	1,995,577	184	0.922	0.9
	Quintana Roo	1,325,578		0.138	0.6
	Campeche	822,441		0.223	1.2
	Total	4,143,596		0.044	
Centro 1	México (Ixtapaluca)	15,175,862	246	0.016	0.5
	Hidalgo	2,665,018		0.092	0.6
	Total	17,840,880		0.013	
Sur 3	Chiapas (Tuxtla Gutiérrez y Tapachula)	4,796,580	180	0.37	0.5
Sur 5	Oaxaca (Oax.)	3,801,962	66	0.017	0.5

**BIBLIOGRAFÍA**

- López TML. El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria. *Revista d'història medieval*. 1996; 7: 192-204.
- American Hospital Association. Uniform chart of accounts and definitions for hospitals. Chicago; 1959.
- WHO. Expert committee on health statistics. Eighth report. Technical report series # 264. Geneva; 1963.
- Álvarez AJ et al. Historia de la salubridad y de la asistencia en México. México, DF: SSA; 1960. p. 3.
- Diario Oficial de la Federación. Decreto que dispone que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia fijar y orientar en todos sus aspectos los programas de construcción, planeación y organización de las Unidades Hospitalarias. México; 9 de marzo de 1954. pp. 5-6.
- Organización de los Estados Americanos. Plan decenal de salud pública de la Alianza para el Progreso. Anexo 3. Resolución A.2 anexa a la Carta de Punta del Este, Uruguay; 1961.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983. México; 1974.
- Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Viernes 30 de noviembre de 2012.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda 2010.
- Secretaría de Salud. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. Red de servicios de atención a la salud. Síntesis ejecutiva. México; 2003.