

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ARQUITECTURA.

A U T O G O B I E R N O

CLINICA HOSPITAL T-1 EN CANCUN Q.ROO.

TESIS PROFESIONAL.

F. JAVIER CERVANTES GUTIERREZ.

MEXICO, D.F. 1983.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- 1).- **Introducción**
- 2).- **Antecedentes Históricos**
- 3).- **Definición del Concepto Salud**
- 4).- **Situación Económico Política**
- 4.1).- **La Problemática de la Dependencia**
- 4.2).- **El Caso Mexicano**
- 5).- **Situación del Sector Salud en México**
- 6).- **Coordinación de las diferentes Instituciones a Nivel Nacional y Sectorial**
- 7).- **Políticas y Objetivos del I.M.S.S.**
- 8).- **Características de las Unidades Medicas del I.M.S.S.**
- 9).- **Esquema de Coordinación y Estructuración del I.M.S.S.**
- 10).- **Coordinación de las Unidades Medicas del I.S.S.S.T.E.**
- 11).- **Coordinación de Servicios Medicos de la S.S.A.**
- 12).- **Situación del Sector Salud en Quintana Roo**

- 13).- El Sector Salud en Cancún
- 14).- Proyección de Crecimiento de la Población Derecho-Habiente en Cancún
- 15).- Fundamentación de la Clínica Hospital T-1 en Cancún Quintana Roo
- 16).- Objetivos y Alcances
- 17).- Programa Arquitectónico
 - 17.1).- Demandas y Pronósticos
 - 18).- Uso Metodológico
 - 19).- Conclusión
- 20).- Proyecto Arquitectónico
- 21).- Estudio Económico
- 22).- Cálculo de Iluminación
- 23).- Cálculo Estructural

1).- I N T R O D U C C I O N

Realmente son pocas las ocasiones en que nos hemos puesto a pensar en la importancia que representa el sector salud. La salud vista como seguridad vital para subsistencia física y moral del ser humano.

Desgraciadamente este punto de vista no es compartido con los individuos que rigen la política de las naciones, y las naciones difieren en sus grados de desarrollo. Recordemos también que el sector salud es solo un pequeño sector de la infraestructura y como tal, es el reflejo de las condiciones económicas de cada uno de los países, y de acuerdo con el desarrollo de cada nación encontramos el nivel de capacidad del sector salud.

Sería algo muy interesante y de incalculable valor analizar el nivel de desarrollo del sector salud en diferentes países, pero por ahora nuestro objetivo de análisis está encaminado hacia otro problema también de gran importancia.

El análisis del sector salud en nuestro país y en un importante estado, Quintana Roo.

Antes de entrar al análisis del sector salud, fue necesario abordar la problemática de la situación económico - política de México, esto con la intención de enmarcar los grandes problemas que padece nuestro país.

Los problemas de nuestro país, que son los problemas de las relaciones de dependencia externa, clásicos de nuestras economías subdesarrolladas, subordinadas a las grandes metrópolis.

Todo esto nos permite observar la gran limitación de países subdesarrollados como México, que son sometidos a pautas a seguir de acuerdo con la división internacional del trabajo y que son impuestas por los países ricos. De tal manera que esta relación llega a influir en todos los sectores de cada uno de estos países.

Esta situación de economía estancada no permite a nuestros países desarrollar sus políticas de manera óptima, es decir al nivel que el país lo requiere. El sector salud no es una excepción; también se encuentra limitado. En nuestros países hacen falta hospitales, centros de capacitación de personal de salud, tecnología apropiada, medios, etc.

Parte de esta situación también se la adjudicamos a nuestro gobierno, pues los centros de salud más capacitados se encuentran en áreas más rentables (centros urbanos, de complejas industrias y turísticos), olvidándose de sectores más pobres que también requieren de este servicio vital (es el caso del sector agropecuario).

Hoy se presenta el proyecto de una clínica-hospital, en Cancún que satisfecerá las necesidades de salud de una gran zona turística, como es Cancún y áreas circunvecinas (Cozumel e Isla Mujeres), y sin duda alguna dicho proyecto se llevará a la práctica con resultados

muy halagadores, pues es una zona redituable que en un plazo determinado se recobrará lo invertido y mucho más, obteniendo grandes ganancias.

Pero hasta cuándo. Hasta cuándo se implementarán este tipo de hospitales en sectores menos desfavorecidos. Hasta cuándo se ejercerá una justa distribución de la riqueza en todos los sectores de la población.

Por ahora, solo trataremos de resolver nuestro objetivo de análisis, dejando las demás interrogantes para otros investigadores interesados en ellas.

2).- ANTECEDENTES HISTORICOS

A través del tiempo el concepto y programa del hospital, ha seguido una trayectoria paralela a la evolución de la Ciencia Médica, así el hospital de la edad media, como producto de la caridad cristiana y cuando la medicina sólo contaba con recetas caseras se componía de una serie de edificaciones con salas enormes y techos abovedados en donde se colocaban filas de camas a los lados, dejando una circulación central; éstos hospitales por las condiciones de su época, -- eran simplemente lugares para bien morir.

En el renacimiento, al avanzar la ciencia médica el hospital ya se concebía como un lugar de tránsito temporal, donde el individuo era atendido para reintegrarlo a la vida normal.

A principios del siglo XIX, el enorme adelanto de la medicina y la complicación cada vez mayor de los equipos e instalaciones, así como la tendencia hacia la especialización dieron como resultado que cambiara en su esencia el criterio y programa del hospital, llegando éste hasta ser considerado como un laboratorio de salud.

En la actualidad, en el campo de la arquitectura, nos dice ENRIQUE YAÑEZ en su libro "HOSPITALES DE SEGURIDAD SOCIAL" México 1973; los hospitales son edificios más característicos del género que se designa a la atención médica de la colectividad, como parte del -- cuidado de la salud integral.

La Salud Integral se ha dicho, no solo es la falta de enfermedad, sino del -- correcto funcionamiento del organismo que conduce a un estado adecuado de bienestar físico, normal y social.

Establecida la finalidad básica antes dicha, la actividad del hospital se dirige a cumplir otras funciones:

La profilaxis o prevención de las enfermedades (Consulta Externa, Medicina Preventiva).

Diagnóstico y Tratamiento (Urgencias, Laboratorio; Rayos X, etc.)

Rehabilitación (Hospitalización de los que sufrieron enfermedades).

Además de éstas funciones directas con respecto a los beneficiarios, también se realizarón otras dos: La Enseñanza del Personal Médico y Paramédico en relación directa con los pacientes y la investigación de los diversos problemas de la medicina. Estas funciones pueden considerarse secundarias, puesto que conducen a lograr la continuidad, perfeccionamiento y desarrollo de las primeras respecto a edificios destinados a la atención médica, pueden distinguirse tres tipos principales: CLINICA, HOSPITAL Y SANATORIO, cuya connotación es difícil precisar, porque su empleo común y corriente los hace ambiguos. No obstante sigue diciendo Yañez; nos atrevemos a intentar definirlos, basado en un léxico que resulta lógico.

Aún cuando la palabra CLINICA, se deriva de la raíz griega KLINE que significa cama, se aplica en la medicina al estudio de los enfermos en la fase de diagnóstico en que es preciso realizar diversas observaciones e investigaciones, es por ello aplicable con propiedad a los edi-

ficios en los que se atiende exclusivamente enfermos y también aquellos que cuentan con un número - corto de camas necesarias para mejor llevar a cabo las investigaciones antes dichas.

La clínica en consecuencia, tiene esencialmente consultorios auxiliares de diagnóstico como son el radiológico y los laboratorios.

El hospital es propiamente el edificio en el que se alojan enfermos para su tratamiento y curación, aún cuando sus servicios se extiendan a la consulta de pacientes externos. Su carácter de alojamiento trae consigo la presencia de servicios de alimentación, lavandería y otros.

El Sanatorio es también albergue de enfermos para su tratamiento y rehabilitación, pero mediante el empleo preferente de regímenes de higiene, alimentación, etc. Así es adecuado nombrar por ejemplo sanatorio de maternidad y sanatorio para enfermos mentales.

Se advierte que los sanatorios con excepción de los de maternidad implican períodos más prolongados de estancia de los pacientes, comparándolos con los que son normales en la

mayor parte de los hospitales de tipo agudo.

Yañez clasifica los centros hospitalarios según el punto de vista que se adopte.

Por el origen de los recursos que se invierten en la construcción y operación en: privados, instituciones descentralizadas, municipales, estatales o gubernamentales.

Por el tipo de padecimientos que atienden en: Generales y Especializados.

Por el tiempo que demanda el tratamiento de los enfermos en: agudos, de larga estancia y crónicos: (agudos 10 días de promedio; de larga estancia de 90 a 120 días aproximadamente; y crónicos indefinidamente hasta su muerte).

3).- DEFINICION DEL CONCEPTO SALUD

Antes de profundizar el análisis del estado en que se encuentra el sector salud, creemos conveniente definir y establecer lo que se entiende por salud con sus respectivas derivaciones y sectores que atiende.

Según la organización mundial de la salud (OMS), la salud es el estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo dentro de su misma sociedad. Pero esta definición dada por la OMS, encierra dentro de su ideología el carácter de una sociedad capitalista, o sea de una sociedad comunista y explotadora por lo que la acción de la salud tendrá que mantener física y moralmente a los trabajadores bajo las siguientes acciones:

a) Sanidad Pública, que se preocupa por los problemas de inmunización, vacunación, catastro torácico, higiene y educación física.

Tiene a controlar epidemias y prevenir enfermedades.

b) Saneamiento Social, vigila que se encuentren en perfecto estado las instalaciones de agua potable, alcantarillado y mejoramiento de la vivienda.

También se preocupa por prevenir enfermedades en este ámbito, pero dá mayor atención a los servicios de saneamiento porque es mayor el número de habitantes y los contagios que pueden adquirir son más factibles.

c) Asistencia Social, ayuda a la superación de problemas como la invalidez, desamparo, etc.

En países como el nuestro esta atención es casi nula, los inválidos son desechados de la vida activa, marginados a la compasión o actividades humillantes. Los desamparados, igualmente ingresan a las filas del desempleo. Equivocadamente, la asistencia social, sobre todo en incapacitados se une a la asistencia médica, por lo tanto, la asistencia social queda prácticamente nula en lo que se refiere a servicios.

d) Asistencia Médica, se refiere a los diversos médicos a los que acuden los distintos sectores de la población.

En México como sociedad consumista, el cuidado de la salud, implica un trabajo y por lo tanto un gasto.

Cómo se paga:

Propietario o burgués ————— Paga por su servicio.

Propietario o empleado ————— Paga por su servicio en cuotas.

Lumpen y subempleados ————— Paga en una mínima parte el servicio médico, ya que la otra la paga el Estado a través de los impuestos que genera la clase - trabajadora.

A la sociedad por su gran población le corresponde un sistema médico, debidamente organizado en cuanto a la salud. Pero dentro de este núcleo social existen diferentes estratos - que se dirigirán según su nivel de vida, a un particular modo de asistencia médica.

El sector burgués es atendido por particulares. Este servicio demanda alto costo.

Los empleados que trabajan en empresas descentralizadas, acuden a clínicas particulares que trabajan para empresas grandes..

Los burócratas se dirigen al ISSSTE, que cuenta con clínicas de poco alcance monetario.

Los obreros del IMSS les proporcionará el servicio médico. Esta institución es muy fuerte en poder monetario por el gran número de afiliados.

El sector de subempleados la SSA, les atiende. Esta institución tiene menos poder monetario, basado en la asistencia pública, dirige su acción preventiva.

El sector salud, no obstante el noble objetivo que le encomendó la sociedad, también tiene un carácter que la sociedad le otorga para su beneficio.

Las clínicas particulares _____ Permiten a algunos médicos el libre ejercicio de su profesión.

Instituciones de salud para asalariados.	ISSSTE PEMEX CFE	Mediante su sistema de cuotas disminuye, las obligaciones del Estado para sus empleados.
Instituciones de salud para subempleados.	SSA Instituciones de Caridad Etc.	Es la muestra de que una población subempleada, no es capaz de solventar sus propias necesidades.

La organización de estas Instituciones y su poder en cuanto a afiliados, - crea situaciones físicas, como es la concentración de una población, de distintas clínicas y la ausencia en otras zonas, uniéndose al desorganizado crecimiento urbano el país.

El plan nacional de desarrollo urbano, plantea antes que todo, la distribución de la población, esto ayuda a que la dosificación se torne más justa.

El IMSS y su plan COPLAMAR, extiende su poder en número, sobre las otras instituciones lo que permitirá atender a una población, bajo el mismo criterio y tratar de destruir el burocratismo dentro de estas.

Si la cuestión salud fuese responsabilidad de un sector, la salud se atendería en tres aspectos:

Salud Preventiva. - Campañas masivas de educación y prevención de enfermedades.

Asistencia Médica. - Atención médica a la totalidad de la población, sin distinción.

Asistencia Social. - Junto con la salud preventiva destruiría algunos males sociales, como es, la drogadicción, pornografía y otras formas de desviaciones sociales.

4).- SITUACION ECONOMICO - POLITICA

a) La Problemática de la Dependencia.

Uno de los grandes problemas a que se enfrenta quien decide analizar el desarrollo de los países subdesarrollados; es el de dar respuesta a la interrogante de si un país dependiente puede generar sus propios problemas o tiene que importarlos. De ello dependerá el enfoque requerido para el problema.

Nuestro supuesto fundamental es que desde sus inicios, el capitalismo ha constituido un complejo económico jerarquizado, en donde una o más metrópolis condicionan el desarrollo de las sociedades subordinadas en diversos grados. Es decir, que al lado de la división internacional del trabajo, existe una conformación internacional en la que las economías nacionales desempeñan funciones claramente definidas por las necesidades del proceso en conjunto.

La interrogante se torna más compleja al tratar de analizar las repercusiones que podrían causar las terribles crisis del sistema capitalista al interior de los países subdesarrollados, pues dichas repercusiones no se reflejan mecánicamente en cada uno de estos. Sus efec-

tos dependen de las condiciones en que se encuentra el proceso económico de cada uno de los países, el cual obviamente se encuentra ligado al desarrollo general del capitalismo.

Puede suceder que en algunos países donde existe una determinada fase de desarrollo del capitalismo, la crisis puede resultar relativamente benefica, pues tiende a debilitar el marco imperialista tornando más debiles las relaciones de dependencia, lo que permite mayor -- margen de negociación para obtener algunas concesiones de las metrópolis.

En el caso de las economías agroexportadoras es posible que tal modelo entre en crisis debido a su dependencia con respecto al sector externo, cuando dicha situación sucede se crean las condiciones y necesidades de entrar en formas industriales que permitan un capitalismo mayormente rentable. Por el contrario de esto, el auge del capitalismo no actua en detrimento de las economías dependientes; esto es consecuencia de que las importaciones de los países centrales -- tienden a crecer y ello hace efecto en los recursos monetarios, en los países agroexportadores. Re-

sultado, el auge se convierte en auge de las zonas periféricas.

En conclusión, podríamos decir que las reacciones de una economía dependiente, al exterior dependen fundamentalmente del estado de desarrollo en que se encuentre.

b) El caso Mexicano.

En México, país con fuertes lazos de dependencia; los efectos del exterior - se han venido sintiendo fuertemente a lo largo de su desarrollo con varias particularidades.

En lo que respecta a los ciclos económicos (auge-depresión-crisis-auge), - estos no se presentan en la economía mexicana de la misma manera que en los países desarrollados. Más que ciclos económicos generados por contradicciones internas, lo que sucede es que las crisis - externas se reflejan y a veces se dan situaciones coyunturales ligadas a deficiencias productivas.

También se debe en gran parte a la dependencia de los sectores económicos - hacia el exterior, principalmente de los capitales extranjeros.

De ahí que las crisis capitalistas subsecuentes a la segunda guerra mundial se hayan manifestadas por la forma creciente del desempleo, el aumento en el costo de los productos y que muchas veces es difícil obtener en el mercado, así como el aumento de la dependencia cada vez más estrecha al exterior que provocan los créditos solicitados a países desarrollados.

La incapacidad para crear economías de escala capaces de exportar, y la ampliación de otros sectores económicos capaces de generar más divisas conduce a una situación inflacionaria observable por las siguientes situaciones: El exceso de moneda en circulación sin respaldo (oro, plata, divisas y derechos especiales de giro); también se presenta el problema de la oferta - que esta en desequilibrio con la demanda y por último que los gastos que realiza el sector público no están de acuerdo a lo que le reedituan los recursos naturales y potenciales del país.

Existe también una gran desigualdad en los sectores económicos, pues - siempre se ha dado el apoyo, al sector industrial, descuidando el agropecuario; básico para una economía como México, aparte de que crea una gran desigualdad social.

Por otro lado, la industria tampoco cumple con los objetivos requeridos del país, se limita a la fabricación de ciertos productos sin importarles ampliar su producción para exportar, o crear productos básicos para las clases menos favorecidas.

Se aprovechan de las protecciones arancelarias impuestas por el gobierno, que evitan la entrada de productos que pudiesen competir con las nacionales, y solo se limitan a cierta producción que les genere una ganancia cómoda, y cuando la situación del mercado es más restringida lo resuelven con el aumento de los precios, dando como consecuencia el aumento incontrolable del proceso inflacionario.

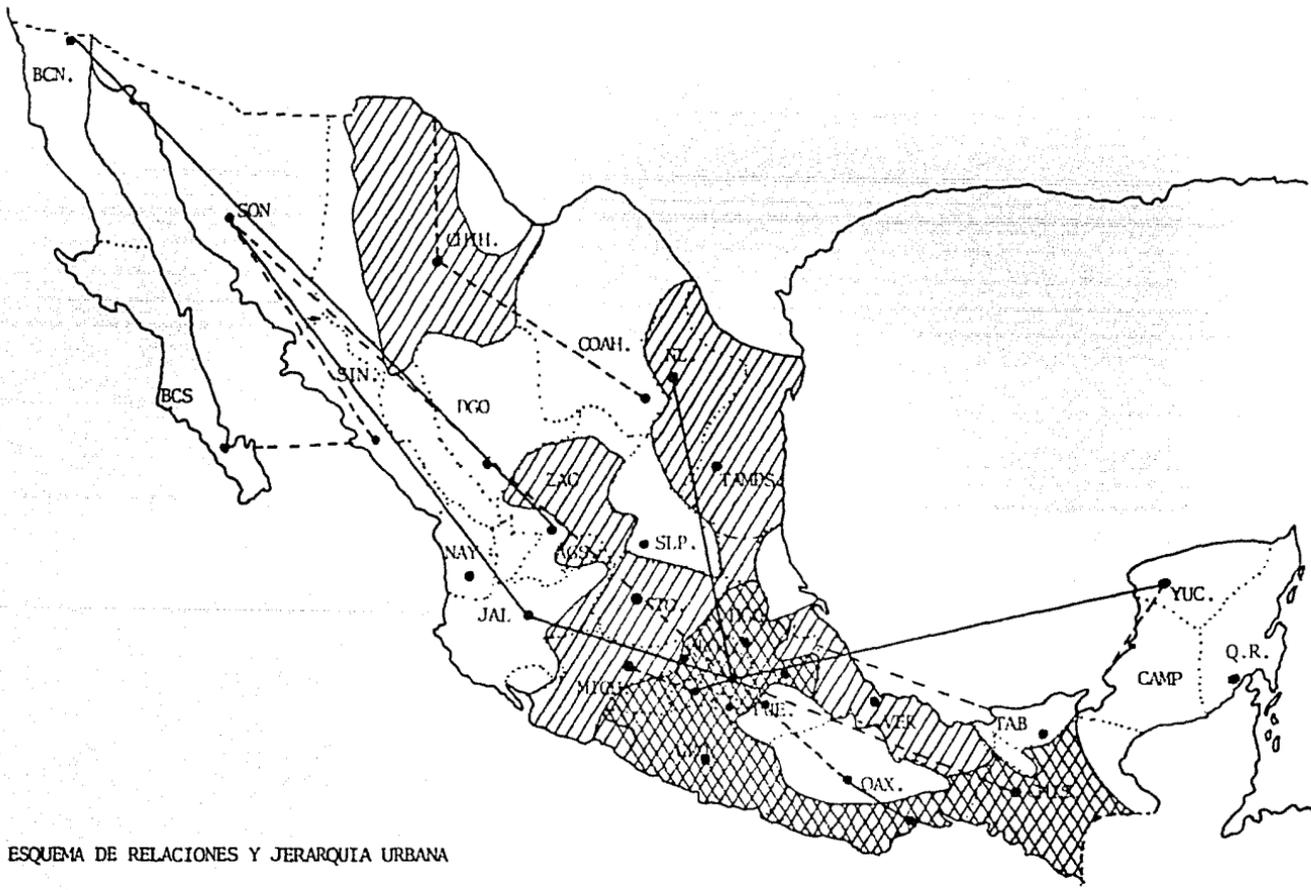
Esta situación es resentida fuertemente por los sectores agropecuarios, creando grandes descontentos y el gobierno demuestra su incapacidad con arbitrariedades y demagogias.

Es claro pues, que sin una economía interna autosuficiente, las crisis del

exterior se resisten en gran manera. La mala distribución de la riqueza del país origina grandes problemas con huelgas, invasión de las grandes extensiones de tierra de terratenientes; por parte de campesinos, etc.

Aunado a esto existe el problema de la infraestructura, en donde el gobierno no se ha venido preocupando más por proporcionarle al sector industrial los elementos necesarios como carreteras, electricidad, puentes, etc., limitando sectores importantes como el sector salud. objetivo que nos proponemos desglosar en el presente trabajo.

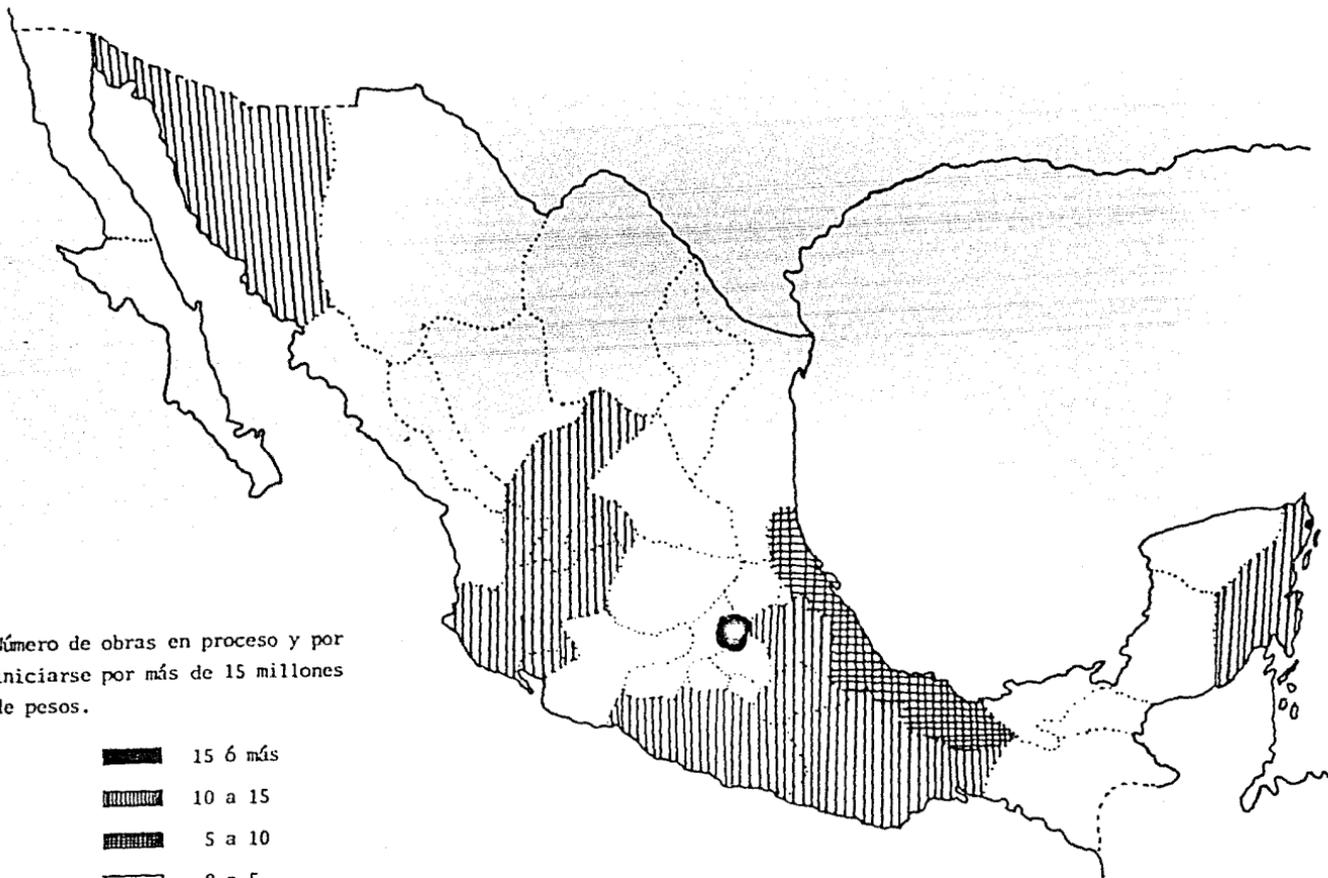
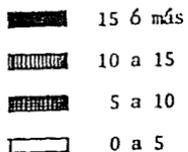
Analizar uno de los sectores tan importantes como el sector salud en un país como México, resulta grave y dificultoso a la vez denigrante porque nos muestra la gran ineficacia de este país para atender a su gran población. Si lo comparamos con países industrializados, nos refleja lo ya tan comentado, una gran necesidad de inversión en hospitales, tecnología médica, capacitación a personal de dicho sector, etc. difícil porque son escasos los datos con que se cuenta y algunos poco confiables.



ESQUEMA DE RELACIONES Y JERARQUIA URBANA

Sin embargo, podemos afirmar que las grandes deficiencias en el sector - salud son reflejo del esquema económico y político erróneamente trazado por el gobierno de México, y por la condición de subdesarrollo que guarda nuestro país.

Número de obras en proceso y por iniciarse por más de 15 millones de pesos.



5).- SITUACION DEL SECTOR SALUD EN MEXICO

Después de haber comentado en forma somera la situación económico-política del país, y definir el concepto salud, así como a quien va dirigido, pasaremos a analizar la situación - en que se encuentra dicho sector en México.

Nuestro análisis parte de los datos recabados por el censo de 1970. Entonces nuestro país contaba con 48 millones de habitantes. Según informes publicados en 1977 por distintas - instituciones oficiales el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cubría alrededor de 10 millones de derechohabientes, con un presupuesto global de aproximadamente 9 mil millones. Es decir 600 pesos anuales por cada derechohabiente. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), atendía una población cercana de 1.3 millones de derechohabientes con un presupuesto de 3 mil millones anuales de pesos lo que representa 2 mil 300 pesos anuales por cada derecho habiente.

Cálculos conservadores pero próximos a la realidad, elevan a 10 millones la

cifra de personas que pueden pagar atención médica privada. De tal manera, que 25 millones constituirían los "derecho-habientes" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que para atender las necesidades asistenciales y sanitarias de este sector contaba solamente con un presupuesto de mil 600 millones de pesos anuales o sea 160 pesos anuales por cada derecho-habiente.

Esta situación muestra el escaso interés que existe de las autoridades en la salud, hacia el sector más débil y desamparado ofreciendo un impresionante contraste con las sumas e inversiones dedicadas a sectores como los que cubren el ISSSTE y IMSS, cada vez mejor protegidos. Se llega prácticamente a un límite más allá, del cual éstas diferencias resultarán catastróficas. A la vez la eficiencia de la atención médica y su calidad disminuye debido a que el personal técnico, emigra a los centros del IMSS y el ISSSTE, donde son mejores remunerados que en la SSA.

Una idea real del problema, nos da el caso del Hospital General, donde en 1977 se consideraba como el hospital más importante de la República, con 2 mil 500 camas y una consulta externa cuantiosa de un millón y fracción por cuatrimestre aproximadamente 100 pesos por cama día, comparado con 700 pesos por cama-día del IMSS e ISSSTE. El abastecimiento de medicamentos

en el Hospital General es por donaciones médicas y de laboratorios.

El resultado de esta política competitiva y anárquica dentro del sector público es que los sectores más amplos y pobres de México se quedan desprovistos de atención médica, mientras que se tiende a proteger al sector industrial causando una desproporción entre el desarrollo y los satisfactores sociales cada vez más profunda. Su reflejo, es objetivo de las áreas básicas del interés nacional.

La irracional explotación de los energéticos (regida por la demanda extranjera), la desigual distribución del ingreso social, generado por la explotación, la utilización inadecuada de los recursos de la tierra, la explotación de productos exportables en detrimento de la producción de alimentos básicos, que junto con la desigual distribución de la producción agropecuaria son causantes de la insuficiencia alimenticia.

Por consecuencia, la desnutrición y las enfermedades, siguen aumentando con

siderablemente, sobre todo en el sector rural; ya que en cuanto a asistencia médica se refiere, en esta gran parte de la población es insuficiente y de baja calidad. A todo esto debemos añadir que la mala distribución de los recursos hospitalarios solo logra una escasa cobertura de la medicina social, apenas orientada al individuo como un órgano físico, sin ubicarlos dentro de un contexto social.

Ante esta problemática el Plan Nacional de Desarrollo Urbano, emprende la planeación de los asentamientos humanos, cuyo objetivo se ha señalado como el instrumento a través del cual el gobierno y la comunidad buscan una mejor organización territorial económica y social.

El proceso de reestructuración de los asentamientos humanos, según el Plan Nacional de Desarrollo Urbano, tiene los siguientes objetivos:

- Evaluar y fomentar el desarrollo de la ciudad, garantizando la generación de empleos.
- Concentración en lo posible de los servicios para la población dispersa gra

duando la inversión pública.

Bajo estos objetivos, el mecanismo usado en el Sistema Urbano Nacional que representaría la estructura básica del territorio y estaría compuesto por varios sistemas urbanos integrados a partir de ciudades con servicios regionales que apoyarían el desarrollo de sus áreas de influencia, en las que habría una gama de poblaciones de diversos tamaños, hasta los asentamientos rurales dispersos.

Ciudad Central

(población mayor del millón)

Consolida su importancia en su capacidad de generación de empleos, apoyando en su actividad económica (industria, comercio, finanzas y servicios).

Se propone frenar la excesiva concentración, distribuyendo los servicios proporcionalmente entre la población.

Ciudad Apoyo ó

intermedia.

De mayor desarrollo industrial, basadas en la producción a pequeña escala, funciona como pivote de unión entre ac-

Se propone fomentar las corrientes migratorias mediante la inversión privada y pública.

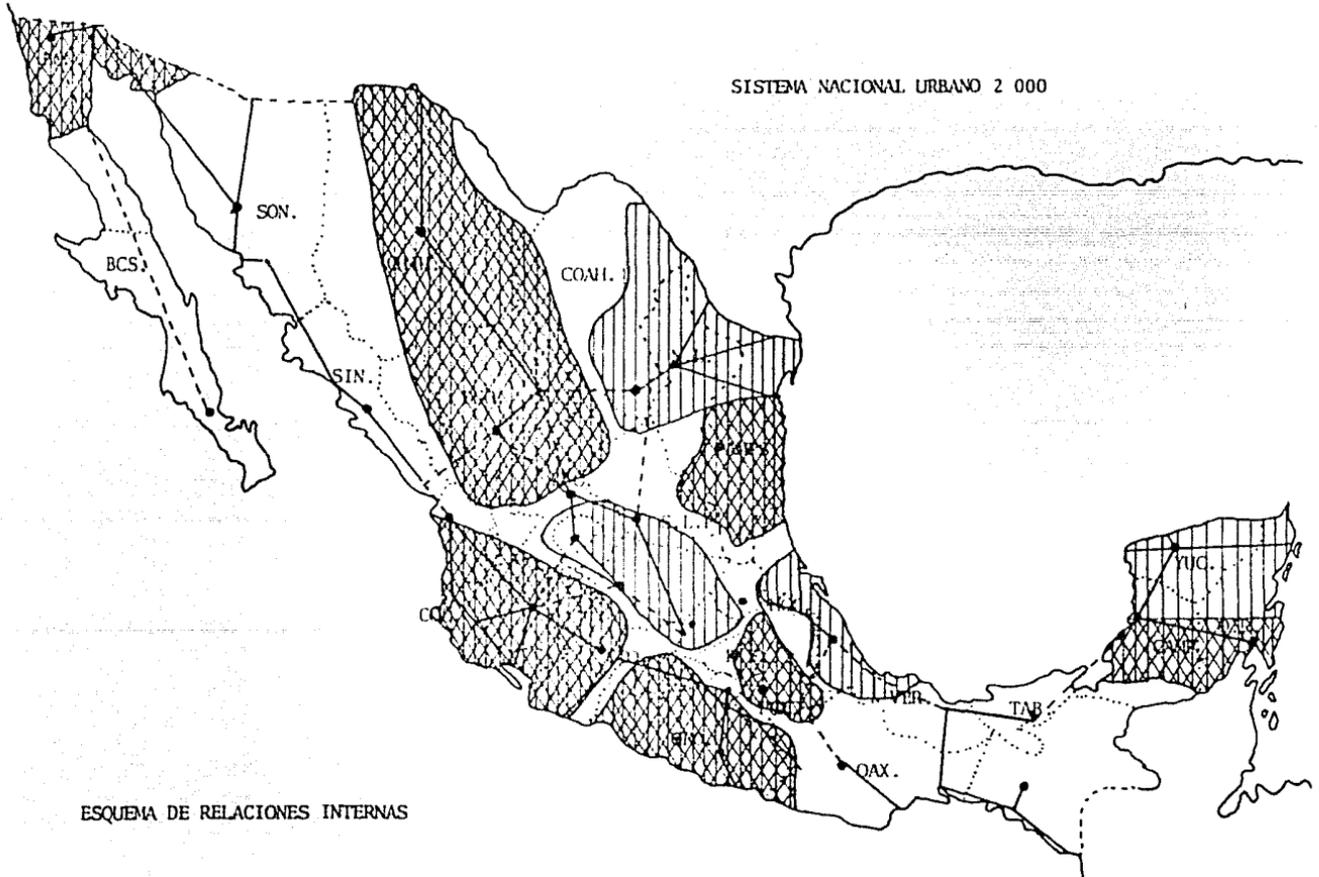
tividades agropecuarias y tenderá a ser receptora de una gran parte de las corrientes migratorias.

Centros rurales

De actividad primaria del tipo agroindustrial y artesanal.

Se utilizará la tierra como instrumento de poblamiento y se concentran los servicios en poblaciones centrales.

SISTEMA NACIONAL URBANO 2 000



ESQUEMA DE RELACIONES INTERNAS

6).- COORDINACION DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES
A NIVEL NACIONAL Y SECTORIAL.

Anteriormente se mencionó la anarquía que hay en los servicios Médicos a nivel nacional, enseguida se verá como se genera esa anarquía en el sector salud.

Entre las instituciones ISSSTE, IMSS, SSA, etc., no hay coordinación a ningún nivel, cada una tiene intereses, objetivos y cada una atiende a su población derecho-habiente. El ISSSTE, proporciona servicios a los trabajadores del Estado; el IMSS a los trabajadores del sector privado y la SSA a las personas que están desamparadas.

Instituciones que generan servicios de seguridad social (salud-para las diferentes clases asalariadas).

Objetivos generales de las Instituciones.

Edificios de atención médica

IMSS

Dotar de servicios médicos

De acuerdo al presupuesto, -interés y objetivos de cada institución construyen sus edificios clínicos, hospitales, -centros de salud, etc. pero -cada institución trabajando individualmente.

ISSSTE

u otras prestaciones a su po

PEMEX

blación afiliada o sea la de

CFE

carácter de asalariado.

FF CC NAL

INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL.

Institución	Población atendida	Objetivos generales	Edificios de atención médica.
IMSS (con su plan COPLAMAR)	-No asalariada o - que gane menos del salario mínimo.	Dar solo atención -- médica a esa pobla- ción que no es afilia- da y orientarla me-- diante instrucción -- médica.	El presupuesto para la creación de edificios - de salud es muy bajo, porque no es suficiente lo que aportan estas -- instituciones ni tampo- co la población no afi- liada. Pero aún así, -
CONASUPO-IMSS			construyen clínicas-hos- pitales. El IMSS cuen- ta con un amplio presu- puesto para esto.
INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA	-A personas no afi- liadas o derecho- habientes.	En el sector rural, - el IMSS presta estos servicios mediante - una colaboración con el sector rural; con- jornadas de trabajo, la gente que solicita este trabajo paga, así la atención médica.	
SSA		Las jornadas consis- ten en el mejoramien- to del medio ambiente.	

7.- POLITICAS - OBJETIVOS DEL IMSS

A partir de la nueva ley, el IMSS empieza a crear servicios no solo en el campo médico. A partir de 1973 se ha preocupado por incrementar los servicios que no solo beneficiaban a sus afiliados, sino también, a parte de la población no afiliada, tales servicios son: Guardería para los hijos de las madres trabajadoras, centros de adiestramiento para las madres (cocina, corte; confección, etc.) centros de adiestramiento técnico para los trabajadores, centros de adiestramiento para la industria hotelera, centros y unidades deportivas, unidades habitacionales (Independencia, Santa Fe) teatros, auditorios, velatorios y tiendas.

El objetivo general del IMSS es dotar la mayor cantidad de sus afiliados de servicios médicos para su seguridad.

Este objetivo se divide en tres partes:

1.- Régimen obligatorio. Riesgos de trabajo, maternidad y enfermedades, invalidez, vejez, cesantía, muerte, guarderías para los hijos de los afiliados.

2.- Servicios Sociales. Hacer promoción para la dotación de servicios de salud en las comunidades que lo demanden, cursos de adiestramiento para los trabajadores, mejoramiento de la vivienda y la alimentación, educación e higiene.

3.- Régimen Modificado. Cooperar con la población no asegurada, y dotarla de servicios médicos. El COPLAMAR, organismo para la coordinación de estos objetivos, y con un porcentaje de presupuesto de los trabajadores afiliados al IMSS y con la aportación de los no afiliados al COPLAMAR, construye con dicho presupuesto clínicas para esta población. Actualmente COPLAMAR ha construido 52 clínicas-hospitales y dos mil consultorios en todo el país.

8).- CARACTERISTICAS DE LAS UNIDADES MEDICAS DEL IMSS

Clínica B

Unidad médica para la atención de derecho-habiente, en consulta externa general. Servicios de medicina general, bajo sistema médico-familiar. No tiene especialidades, no tiene camas hospitalización.

Clínica A

Unidad médica para atención de derecho-habientes, en consulta de medicina general, bajo sistema médico-familiar. Especialidades no quirúrgicas. No tiene camas de hospitalización. No tiene urgencias.

Clínica

Unidad médica para atención de derecho-habientes en servicio de medicina general, bajo sistema médico-familiar, no tiene especialidades. Hospitalización de cirugía menor y partos. Urgencias nocturnas, servicios que serán proporcionados por los mismos médicos familiares o médicos becarios. Capacitada para atender a una población de 3 mil a 15 mil derecho-habientes.

Hospital

T-3

Clínica

Hospital

T-2

Unidad médica para la atención del derecho-habiente en servicio de medicina - general bajo el sistema médico-familiar y hasta tres especialidades médico-quirúrgicas. Urgencias nocturnas atendidas por médicos generales o especialistas o becarios. Unidad capacitada para atender a una población de 25 mil a 40 mil derecho-habientes.

Clínica

Hospital

T-1

Unidad médica para la atención derecho-habiente en servicio de medicina general, bajo el sistema médico-familiar y de especialidades médico-quirúrgicas en número mayor de cinco. Urgencias nocturnas atendidas por médicos generales, especialistas o becarios. Unidad capacitada para atender a una población de 45 a 100 mil derecho-habientes.

Hospital

General

Unidad médica para la atención de pacientes en servicios de pediatría, medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, y más de cinco especialidades. No tiene catálogo de adscripción de derecho-habientes. Este tipo de unidad médica deberá funcionar en circunscripciones que tengan clínica T-1.

Hospital de

Especialidades

Unidad médica para la atención de pacientes específicos de gineco obstetricia, pediatría o combinación para hacer hospital materno-infantil y psiquiatría.

Hospital de Alta

Especialidad

Unidad médica de concentración regional para la atención de pacientes de neorología, nefrología, neumonología, infectología, etc. No tiene catálogo de adscripción. Su localización deberá ser en forma tal que el conjunto de unidades médicas, forma centros médicos que tendrán hospitales y servicios para la -- atención de medicina y cirugía general así como especialidades (clínica T-1, -- ginecología, pediatría y alta especialidad.

9).- ESQUEMA DE COORDINACION Y ESTRUCTURACION
DEL IMSS

CENTRO MEDICO NACIONAL (D.F.)

CENTROS MEDICOS REGIONALES

PUEBLA, GUADALAJARA, MONTERREY

CLINICA T-1 ZONA

CLINICA T-1

CLINICA T-2

CLINICA T-3

CLINICAS B

Indica el apoyo de un edificio con otro, apoyo en cuanto a tipo o especialidad médica -- que no se tenga se procede a acudir al tipo de clínica que lo tenga.

10).- COORDINACION DE LAS UNIDADES MEDICAS DEL ISSSTE

GINECO-OBSTETRICIA	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL ESTATAL	CLINICAS DE ADSCRIPCION Y ESPECIALI DADES	PUESTOS PERIFERI COS
PEDIATRIA				
ONCOLOGIA				
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DIRECTOS O SUBROGADOS		CENTRO HOSPITALARIO		FUTURO HOSPITAL AUXILIAR
ENFERMOS MENTALES				
NEUMOLOGIA Y AISLAMIENTO	CLINICA DE ESPECIA LIDADES	CLINICA DE ADSCRIPCION		CLINICAS DE ADSCRIPCION Y ESPECIALIDADES
CONVALESCIENTES	PUESTOS MEDICOS AUXILIARES	PUESTOS MEDICOS AUXILIARES		PUESTOS MEDICOS AUXILIA RES

11).- COORDINACION DE SERVICIOS MEDICOS DE LA SECRETARIA
DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

CENTRO DE SALUD "C"

HOSPITAL "C"

HOSPITAL "A" 6 "B"

CENTRO DE SALUD "A"

HOSPITAL ESPECIALIZADO

CENTRO DE SALUD "B"

HOSPITAL "C"

CENTRO DE SALUD ESPECIALIZADO

Ya que vimos tres organizaciones de salud IMSS, ISSSTE y SSA, podremos decir que la dotación de servicios en una comunidad, región o ciudad no son uniformemente racionalizados porque como cada institución de acuerdo a sus intereses económicos planea la creación de edificios de salud para su población derecho-habiente, mientras que un porcentaje alto de población continúa careciendo de estos servicios médicos, las causas, son varias; la principal es la falta de un trabajo asalariado que afilie y de servicio a esa población.

12).- LA SITUACION DEL SECTOR SALUD EN QUINTANA ROO

La situación del sector salud en el estado de Quintana Roo, no es de los más deseables. Esto tiene su explicación, pues debido a la mala administración y al bajo presupuesto, no ha logrado hacer llegar los servicios de salud a la mayoría de sus poblados.

Quintana Roo, tiene sus ciudades más importantes distribuidas de la siguiente manera: Al sur Chetumal, capital del estado, importante por la concentración de oficinas de gobierno y el gran comercio que por su calidad de puerto tiene. Dentro de los renglones económicos del estado sobresale el del comercio vital para la economía del país, pues dado a su condición de zona de libre comercio, Chetumal es la puerta de importación de una gran cantidad de productos extranjeros que entran por Belice.

En el norte debido al auge del estado vecino (Yucatán), y a la gran atracción turística sobresalen; Cozumel, el poblado de Kantulim-Kim y la nueva ciudad Cancún, que bajo el objetivo, del Plan Nacional de Desarrollo Urbano, y por la población que alojará, se convertirá en una ciudad de apoyo a esa zona de la península.

El estado de Quintana Roo ha venido cobrando una gran importancia y como consecuencia requiere de una mayor inversión en sus diferentes sectores, principalmente el referente a la salud sobre todo en la ciudad de Cancún que está destinada a ser después de Acapulco el segundo — centro de mayor atracción turística a nivel nacional e internacional.

De acuerdo a nuestro proyecto de servicios de salud para Cancún el nuevo hospital cubrirá mediante especialidades una gran zona: Isla Mujeres (que cubre Punta, San Quiquita, Puerto Juárez, etc.) y Cozumel (que cubre Playa del Carmen, Tulum y Vicente Guerrero). Dicho — hospital a su vez será apoyado por los mejores servicios médicos existentes en Mérida.

Creemos que nuestro proyecto cubrirá eficientemente las necesidades de salud que requieren estos sectores, sobre todo a la gran cantidad de trabajadores que laboran en las actividades turísticas del lugar, así como a la escasa población agrícola.

En realidad consideramos que dicho proyecto representa un gran paso en el

objetivo de lograr cubrir todas las áreas del estado con los servicios de este vital sector. Desgraciadamente el gobierno no tiende a satisfacer a todos los sectores de la población, sino más bien solo atiende a los más redituables, de ahí la gran desigualdad en el país.

13).- EL SECTOR SALUD EN CANCUN

PARA EL CALCULO DE LA POBLACION TOTAL AFILIADA SE USO EL INDICADOR DE 2.24 POR ASEGURADO, TENIENDO UNA POBLACION DE:

1974-----	14 000 derecho-habientes	El edificio a proyectar recibirá la concentración de población derecho-habiente de Cozumel e Isla Mujeres
1980-----	36 388 derecho-habientes	
CANCUN-----	Clinica hospital T-1	
1980-----	5 484 derecho-habientes	Información estadística diciembre de 1976.
COZUMEL-----	Clinica - Hospitas T-3	
1980-----	2 084 derecho-habientes	
ISLA MUJERES		
		Chetumal 15 604 derecho-habientes
		Cancún 16 016 derecho-habientes
		Cozumel 4 098 derecho-habientes
		Isla Mujeres <u>2 400 derecho-habientes</u>
		38 118 derecho-habientes

14).- PROYECTO DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION
DERECHO-HABIENTE DE CANCUN

AÑO	COMO LO INDICA EL AREA MEDICA	SEGUN AUGE ECONOMICO TURISTICO TASA VARIABLE
1977	17 297 derecho-habientes	19 098 derecho habientes 30%
1978	18 681 derecho-habientes	22 917 derecho habientes 20%
1979	20 175 derecho-habientes	24 750 derecho habientes 8%
1980	21 789 derecho-habientes	26 730 derecho habientes 8%
1981	23 527 derecho-habientes	28 869 derecho habientes 8%
1982	25 415 derecho-habientes	31 178 derecho habientes 8%

REQUERIMIENTO DE CAMAS PARA 1980:

Para 1980, los 21 789 derecho-habientes estimados, así como para los derecho-habientes provenientes de Isla Mujeres y Cozumel se requeriría de un total de 53 camas y para 1982 se requerirían de 75 camas en Cancún.

CONCENTRACION DE LA POBLACION:

Debido al auge turístico en Cancún a principios de 1974, se empiezan a generar varias fuentes de trabajo, que requerían para el personal de seguridad médica ya que no existía este tipo de atención para una población que comenzaba a crecer y ha demandar estos servicios. Los datos que se manejaron para proyectar un edificio-clínica T-1, se basaron en los programas de desarrollo FONATUR.

Población de la localidad:

1974	20 000 habitantes
1977	60 000 habitantes
1982	100 000 habitantes

DESARROLLO ESTIMADO DE LA POBLACION ASEGURADA EN CANCUN:

ACTIVIDAD	Feb. 1974	Dic. 1974	1977 tendencia	Indice estimado	1980
Trabajadores de la construcción	4 200	6 000	decrece		1 000
Ejidatarios	120				
Transportistas en camiones volteo; choferes ayudantes	120 76	120 76	decrece		30 19
Taxistas	36	36	crece	12%	74
Otros Transportes					
Choferes	60	75			148
Ayudantes	44	5	crece	12%	108
Estibadores (eventuales)	112	112	decrece		50
Comerciantes	76	95	crece	12%	187
Empleados de la CFE	19	19	crece	8%	30
Empleados en Hoteles		2 352	7 516 crece	8%	9 468
TOTAL	4 863	6 708			11 244

15).- FUNDAMENTACION DE LA CLINICA HOSPITAL T - 1
EN CANCUN QUINTANA ROO

Tomando en cuenta que los lineamientos del autogobierno, son los de buscar temas reales que ayuden a solucionar problemas sociales, queremos ofrecer a los estratos socio-ocupacionales, de economía limitada, un verdadero servicio al alcance de sus necesidades. Es decir- incorporar a esta parte de la población; la asistencia médica, que tan necesaria y fundamental se torna, debido al gran auge turístico con que cuenta la ciudad de Cancún y lugares circunvecinos.

Este gran auge turístico dá como consecuencia que la población de escasos recursos económicos aumente considerablemente y de manera explosiva, en esa zona en busca de trabajo; es por eso que consideramos necesario y fundamental el proyecto de la Clínica Hospital en Cancún, Q.R.

Esta Clínica será adecuada para satisfacer las necesidades actuales y futuras de la población, y a su vez tendrá un radio de acción que beneficiará a otras ciudades y poblados de la zona; como Chetumal, Isla Mujeres y Cozumel.

16).- OBJETIVOS Y ALCANCES

En México, la tendencia general indica que, dada la estructura social actual, las oportunidades sociales, económicas, culturales y de servicios asistenciales, se encuentran mal distribuidas en perjuicio de los grupos socio-económicos débiles; obreros, empleados y campesinos.

Las grandes concentraciones de población en la actualidad, son incontrolables y los problemas y demandas son paralelos a estos; por lo tanto, nuestro sistema dentro de las clases explotadas, demanda y exige necesidades de asistencia médica.

Esto significa que nuestro punto de interés, se centra en un grupo social mayoritario, el cual también tiene derecho de obtener el servicio tan vital y necesario, como lo es la asistencia médica.

Este grupo social lo forman la clase trabajadora de bajos recursos, pero que son la base de nuestra estructura capitalista, por lo tanto deben contar con igual derecho a los servi-

cios de asistencia médica.

De nosotros depende que ésta clase social obtenga el derecho y el estímulo de contar con la debida asistencia médica, para que logre un estado óptimo, tanto físico como mental.

17).- PROGRAMA ARQUITECTONICO

17.1).- Demandas y Pronosticos.

Para la elaboración del programa arquitectónico, se sometieron a estudio — las demandas y necesidades de la población de Cancún en la actualidad, ya que existe un gran porcentaje de la población, que carece del servicio de asistencia médica debido a la falta de capacidad en los centros hospitalarios existentes, ya que estos se encuentran funcionando en su máxima capacidad.

Detectando por medio de gráficas de asistencia a los centros hospitalarios, se observó también la creciente demanda de servicios. Además de dar un servicio insuficiente, en algunos hospitales se detectaron problemas y malos manejos de los derechohabientes.

Dentro de nuestro programa arquitectónico, existen propuestas basadas en — encuestas realizadas dentro de la población carente de la asistencia médica.

Las proyecciones de población derechohabiente, se realizaron por medio de fórmulas que nos ayuda— rón a detectar las poblaciones futuras a que se verá sometida la clínica.

Debido a que en el futuro, la demanda de servicios médicos en Cancún será inevitable; en la elaboración del programa arquitectónico se previeron ampliaciones en todas las áreas de la Clínica.

18).- USO METODOLOGICO

Para el mejor manejo de la información obtenida, tanto en las dependencias del sector salud, como en la propia ciudad de Cancún, y para conocer las características de cada uno de los elementos de nuestro programa, se optó por utilizar una metodología que ayudara y facilitara el manejo de la información recabada, para poder lograr la obtención de una serie de condicionantes que nos darán una efectiva evaluación de nuestro programa arquitectónico.

Esta serie de condicionantes nos arrojarán un resultado final, el cual nos definirá la relación e importancia de cada una de ellas y como consecuencia nos dará la zonificación definida para cada uno de nuestros elementos.

Las condicionantes arquitectónicas se enuncian y se describen: De CONTENIDO Y DE CONTENIENTE O CONTINENTE. Estos enunciados son una serie de criterios técnicos; en cuanto a su espacio interno, su importancia con el espacio externo y su estructura misma.

Estas condicionantes se evalúan para cada elemento del programa, y su resultado se refleja en la gráfica denominada MATRIZ DE RELACIONES. Una vez efectuada la evaluación

ción de todos los elementos arquitectónicos, se transfieren a la matriz y se realiza la suma de las condicionantes comunes de cada elemento, con respecto a los demás. Estos resultados se anotan en la tabla denominada de **CONDICIONANTES COMUNES**.

Una vez obtenida la relación de cada uno de los elementos entre sí, se procede a desglosar la **ZONIFICACION** que les corresponde a cada elemento de acuerdo a sus características particulares. Con la ayuda de las condicionantes arquitectónicas de **UBICACION**, se obtienen estas zonas definidas que resultan del procedimiento de esta nueva matriz.

Se denotan tres condicionantes, que son evaluadas para cada elemento del programa, las cuales son colocadas en una matriz de relaciones; a su vez son sumadas dentro del renglón perteneciente a su nominación, de acuerdo a la letra que se incluye en el renglón inmediato superior. Con este proceso se definen ya las zonas que son afines y se determinan las alternativas de **ZONIFICACION**. Al obtener los resultados de nuestra matriz de relaciones, se transfieren a un **GRAFO DE INCIDENCIAS**, el cual nos hará ver más explícito el resultado, ya que nos define la zona correspondiente para cada elemento de nuestro programa arquitectónico.

Cuando se realiza la suma de las condicionantes comunes se le dá el nombre de **CARDINALIDAD**.

Existen cantidades con intervalos, a los que les llama **LAZO**.

El resultado de este procedimiento, nos dá como resultado el grado de importancia de todos los elementos entre sí, como lo demuestra la **mátriz de relaciones**.

CONDICIONANTES ARQUITECTONICAS.

DE CONTENIDO.

- | | | |
|------|----------------------|--|
| K. 1 | PSICOSOMATOMETRIA. | a. DIMENSIONES MAXIMAS,
b. DIMENSIONES MEDIAS,
c. DIMENSIONES MINIMAS, |
| K. 2 | ILUMINACION NATURAL. | a. INTENSA
b. MEDIA
c. MINIMA |
| K. 3 | VENTILACION NATURAL. | a. INTENSA
b. MEDIA
c. MINIMA |

K. 4 RELACIONES ESPACIO-
FUNCIONALES

- a. CONTINUOS
- b. SEMI-CONTINUOS
- c. AISLADOS

K. 5 USO

- a. USUARIOS y PUBLICO O VISITAS
- b. USUARIOS Y USO RELAT. DE PUB. O VISITAS
- c. USUARIOS

DE CONTENIENTE O CONTINENTE

K. 6 ESTRUCTURA

- a. ELEMENTOS AISLADOS
- b. ELEMENTOS AISLADOS Y CONTINUOS
- c. ELEMENTOS CONTINUOS

K. 7 INSTALACIONES

- a. ESPECIALES
- b. ESPECIALES Y NORMALES
- c. NORMALES

K. 8 COSTO

- a. ALTO
- b. MEDIO
- c. BAJO

DE UBICACION

K. 9 ELEMENTOS FISICOS

- a. ACCESO (S) PRINCIPAL (ES)
- b. ACCESO (S) SECUNDARIO (S) y/o COLINDANCIAS.
- c. COLINDANCIAS y/o ESPACIOS ABIER. INTER.

- | | | |
|-------|---|--|
| K. 10 | COMUNICACION ACUSTICA
CON EL EXTERIOR | a. ADMISIBLE
b. POSIBILIDAD
c. INADMISIBLE |
| K. 11 | RELACION VISUAL CON EL
CONTEXTO EXTERIOR | a. IMPORTANTE
b. SECUNDARIA
c. NO IMPORTANTE |

Una vez obtenido nuestro programa arquitectónico final, se sometió a una - evaluación por cada elemento, de acuerdo a sus características y propiedades particulares, para co- nocer su ubicación, en relación e importancia de cada uno de ellos, para con los demás, en el terre- no propuesto.

Esto se logró con la ayuda de condicionantes, tomando en cuenta su importancia y sus parámetros. La siguiente gráfica, nos dá una clara conclusión de la definición de cada elemento arquitectónico; en ella se evalua la afinidad de cada una de ellas para los diferentes parámetros que en ella existen, como a continuación se describe.

TOPOGRAFIA.

Existen cuatro intervalos posibles para las diferentes características de ca- da elemento, en ellas se situa la posibilidad para cada elemento.

EDAFOLOGÍA.

Dentro del estudio a que se sometió el terreno, tenemos que ésta condicionante repercute de un modo mínimo al conjunto; de ahí su afinidad para cada uno de ellos.

HIDROLOGÍA.

Esta condicionante repercute para las condiciones de cada elemento dentro de su ubicación, de ahí su afinidad.

USO DEL SUELO.

Se caracteriza por ser tepetatozo en general, este tipo de suelo se le puede dar gran variedad de uso.

VISTAS.

Esta condicionante es de singular importancia de acuerdo a las características del terreno, existen dos que pueden ser bien aprovechadas.

RELACION DE CADA SUBSISTEMA.

Esta condicionante se deriva de toda la metodología anterior donde se evalúan las características y propiedades, y se encuentra la importancia de las relaciones de cada elemento para con los demás.

ZONIFICACION.

Esta conclusión se deriva también, de nuestro segundo paquete de condicionantes, donde el objetivo es conocer una zona definida para cada elemento, y donde en la gráfica siguiente se definen las zonas del terreno propuesto.

VIALIDAD.

La importancia de poseer una vía importante o secundaria para cada elemento, se deriva de acuerdo a sus características de mantenimiento, transporte, privacidad y distancia para con los demás elementos.

19).- CONCLUSION

El sector salud, se encuentra en la actualidad con grandes deficiencias, parte de ello se le pueden atribuir a las grandes presiones de los países fuertes (principalmente a Estados Unidos), por las grandes limitaciones a que es sometido nuestro país en cuanto a tecnología, falta de capacidad para invertir, etc. Pero quien mayormente carga con toda la culpa es el gobierno mexicano que ha sido incapaz de extender los servicios médicos a todos los sectores del país.

Actualmente existe el Plan Global de Desarrollo en el cual se contempla este problema, sin embargo había que esperar los resultados de dicho plan, pues en México los planes son olvidados y archivados en forma brillante y burocráticamente rápida.

No es necesario investigar a fondo para observar que solo las zonas industriales y turísticas cuentan eficientemente con este servicio, quedando marginados los sectores agropecuarios y otros que no cuentan con un ingreso suficiente para pagar asistencia médica.

Se requiere de una mayor inversión por parte del gobierno para la creación de más clínicas-hospitales, capacitación de personal de la salud, médicos, etc. y establecer estos -- servicios en zonas marginadas que lo requieran y no solo en los estados productivos que son más redituables.

Facilitar el servicio asistencial a las localidades retiradas de ciudades y -- poblaciones mediante unidades móviles, campañas de información sanitaria, campañas de vacunación, revisión dental, etc.

Se requiere de más investigaciones en materia de hospitales populares e- ficientes para ser distribuidos en zonas rurales y no solo urbanas.

El gobierno mexicano debe comprender que el sector salud no es tan solo la garantía física de la fuerza de trabajo que requiere el capital mexicano sino también como una ne- cesidad moral, esto implica la creación de centros culturales, deportivos, etc.

Por último, mencionaremos que los grandes beneficios que generan los energéticos deben ser repartidos en forma igualitaria de manera que también se utilice para alcanzar los objetivos requeridos del sector salud, en otras palabras una equitativa distribución de la riqueza en un futuro evitaría las grandes tensiones sociales que actualmente padece el país.

20).- PROYECTO ARQUITECTONICO

CONSULTA EXTERNA.

ENTRADA PRINCIPAL.

VESTIBULO PRINCIPAL.

Con dispositivos para colocar avisos, material gráfico de Medicina Preventiva y educación higiénica.

Teléfonos Públicos.

RECEPCION CENTRAL E INFORMES:

Mostrador - Escritorio.

Caseta para control con lugar para teletipo o radio.

CONSULTORIOS.

MEDICINA GENERAL.

Siete consultorios tipo Medicina General.

Dental

Un consultorio

ESPECIALIDADES.

Ginecoobstetricia y Urología:

Un consultorio con anexo para exploraciones especiales.

Otorrinolaringología:

Un consultorio con anexo para exploraciones.

Cirugía y Dermatología:

Un consultorio

Oftalmología:

Un consultorio, con anexo para exploraciones.

Pediatría:

Un consultorio.

Traumatología:

Un consultorio, especial para cambio de yesos.

Medicina del Trabajo:

Un consultorio

MEDICINA PREVENTIVA

AREA TECNICA:

Oficina para el apidemiólogo

Oficina para la enfermera sanitaria

Oficina para el estadígrafo y codificador

AREA APLICATIVA:

Sala de espera

Dos cubículos para inmunizaciones

Un cubículo para Odontología Preventiva

Un cubículo para programas especiales

Area para guarda de utilería, medicinas y refrigeración.

AREA EDUCATIVA:

Auditorio para 50 personas

COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA.

Oficina con Closet

Intercomunicación a consultorios y puestos de recepción y comunicación telefónica al conmutador.

Sala de espera.

SERVICIOS GENERALES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA:

Sanitarios para público

Hombres y mujeres

Sanitarios para el personal

Hombres y mujeres

Cuarto de aseo.

URGENCIAS:

Dos consultorios

Local para preparación de pacientes

Mesa de trabajo

Lugar para una camilla

Baño con lavapies

Local para atención de urgencias

Trabajo de enfermeras

Local para observación de adultos

Local para rehidratación y atención de niños

Local para curaciones subsecuentes e Inyecciones

Mesa de trabajo con fregadero

Canapé

Sala de Espera

Puesto de control

Retretes y lavabos para público

Hombres y mujeres

Cuarto séptico

Cuarto de aseo

HOSPITALIZACION:

ADMISION A HOSPITAL:

Oficina

Sala de Espera

Control y guardarropa de hospital

Vestidor con baño para mujeres

Vestidor con baño para hombres

Sala de Espera interior para pacientes

SECCION DE ENCAMADOS:

Con 73 camas en total

Médico - quirúrgicas 33 camas

Ginecoobstétricas 20 camas

Pediátricas:

Lactantes y preescolares 15 cunas

Escolares 5 cunas

Prematuros 7 cunas

Recién nacidos 16 cunas

SECCION PARA ADULTOS:

Con 53 camas

Estación de enfermeras:

Area para mostrador – escritorio.

Area de Trabajo

Carro porta – expedientes

Lugar para botiquín

Retrete y lavabo tocador

Oficina de médicos

Sala de juntas

Cuarto de curaciones

Ropería

Cuarto de médico de guardia

Comedor de pacientes

Sala de día

Tisanería

Utilería

Cuarto de aseo

Cuarto séptico

Baños, retretes y lavabos-tocador para enfermos mujeres

Baños, retretes y lavabos-tocador para enfermos hombres

SECCION DE RECIEN NACIDOS NORMALES

Niños sanos

16 cunas

Entrada para personal

Area para técnica de aislamientos

Area de cunas

Central de enfermeras

Lugar para exámen de niños

Ventanal para observación de familiares

SECCION DE PEDIATRIA

Capacidad 20 camas

Entrada de personal

Estación de enfermeras

Area de trabajo con escritorio

Area de trabajo técnico

Lugar para botiquín

Lugar para carro porta-expedientes

Retrete y lavabo - tocador

Cuarto de exploraciones

Oficina de médicos

Baños para niños escolares

Baños para niñas escolares

Cuarto séptico

Cuarto de aseo

Sala de juego-comedor

Cuarto de médico de guardia

Ventanal para observación de familiares

SECCION DE NIÑOS DE PESO SUBNORMAL

7 Incubadoras

Area para técnica de aislamiento

LABORATORIO DE LECHES:

Area de recibo

Lugar para lavado

Lugar para preparación de fórmulas

Esterilización de biberones

Area para refrigeración

Lugar para calentamiento

Area de entrega

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y AUXILIARES DE TRATAMIENTO

RADIODIAGNOSTICO:

Espera de público

Puesto de control

Salas para radiografías

Vestidor de enfermos

Area de preparación de pacientes

Entrada para camillas

Mesa de trabajo

Puesto de control de equipos

Cubículo para radiografías dentales

Lugar para reposo de pacientes

Cuarto oscuro para revelado manual

Oficina del Radiólogo y área de interpretación

Oficina de secretaria

Archivo de radiografías

Bodega para guarda de artículos de trabajo

Retrete y lavabo para personal

Area de equipo de rayos "X" rodable

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Sala de espera

Recepción

Toma de muestras con 4 cubículos

Area de trabajo y distribución

Sección de trabajo

Area para lavado y esterilización de material

Autoclave

Lugar para guarda de material y reactivos

Lugar para refrigeración

Sección de lavado, secado, preparación y esterilización de materiales

Retrete con lavabo para personal

Cuarto de aseo

PUESTO DE SANGRADO

Acceso

Sala de espera

Fotografía macroscópica

Sala de juntas

Sección de Histología

Sección de Citología

Bodega y museo

Cuarto de aseo

QUIROFANO

Dos salas de operaciones

Lavabo doble para cirujanos

Trabajo de enfermeras

SECCION TOCOQUIRURGICA

Sala de espera

Cubículo para exploración y preparación

Cubículos para trabajo de parto

Sala de expulsión

Lavabo doble para médicos

SERVICIOS COMUNES A QUIROFANO Y OBSTETRICIA

Oficina de control

Lugar de guarda equipos estériles

Lugar de guardarropa

Lugar de ropa sucia

Vestidor y descanso de enfermeras

Cuarto séptico

Cuarto de aseo

ANESTESIA

Oficina-taller

Recuperación postquirúrgica y postparto

Central de enfermeras

SERVICIOS PARAMEDICOS

TRABAJO SOCIAL

Local para 4 trabajadoras sociales

Cubículo de atención al público

Retrete y lavabo para personal

ARCHIVO CLINICO

Area de vigencia de derechos

Lugar para el jefe

Area de trabajo con guarda

Area para guarda de expedientes

Alacena de formas y útiles de trabajo

Retretes

FARMACIA

Area para espera de público

Mostrador para atención al público

Area de trabajo de despachadores

Lugar para anaqueles de medicamentos de patente

Mesa de trabajo

Refrigeradores

Oficina del responsable

Almacén de medicamentos

Retrete y lavabo para personal

CENTRAL DE EQUIPOS Y ABASTECIMIENTOS

Recibo

Lavabo de instrumental

Preparación y ensamble

Area cerrada para preparación de guantes

Area para preparación de jeringas y agujas

Guarda de material y equipo estéril

Trabajo de escritorio

Bodega para cajas y envases vacíos

Entrega

SERVICIOS GENERALES.

PARA EL PERSONAL.

Vestidores, baños y sanitarios para el personal:

Médicos

Médicas, enfermeras, personal femenino, paramédicos y administrativo

115

Personal masculino administrativo e interendencia 46

Personal femenino de servicios generales 35

Comedor de personal, 40 lugares

PARA LA UNIDAD.

COCINA:

Oficina

Dispensa para víveres secos, con area de recibo

Refrigeración para:

Carnes .

Lacteos

Verduras y frutas

Congelador para pescado

Area de preparación

Cocina central

Estacionamiento y lavado de carros

Area de lavado de vajilla y ollas

Bodega para cajas y envases vacios

Lugar de guarda de vajilla

Retrete y lavabo de personal

Depósito transitorio de desperdicios

Cuarto de aseo

LAVANDERIA

Area de recibo, selección y peso de ropa sucia

Lavado mecánico y a mano

Extracción

Secado

Planchado liso

Planchado de forma

Costura

Guarda de ropa limpia

Oficina

Bodega

Retretes, lavabos para el personal

ALMACEN

Area de recibo

Area de maniobras

Lugar para trabajo de escritorio

Guarda

INTENDENCIA

Oficina

Bodega

Lugar para reloj y tarjeteros de asistencia de personal

MORTUORIO:

Lugar para escritorios

Local para gaveta refrigerada para dos cuerpos

Mesa de preparación de cadáveres

Area de entrega a deudos

Salida discreta de la unidad

MANTENIMIENTO

COMUNICACIONES:

Local para conmutador de teléfonos

Area de descanso

ESTACIONAMIENTO:

Cupo para 80 autos

GOBIERNO DE LA UNIDAD.

DIRECCION:

Oficina con sanitario privado

Espera privada de la dirección

Lugar para secretaria

Sala de juntas

Oficina para trabajo de visitantes

OFICINAS ADMINISTRATIVAS

Oficina del administrador

Local para oficinas administrativas

Sala de espera

Lugar para secretaria

Local para el pagador

ENFERMERIA

Oficina con closet privado

Lugar para secretaria

Sala de espera

Local para enfermeras supervisoras

Lugar para cocineta

RETRETES Y LAVABOS PARA EL PERSONAL DE LAS SECCIONES DE GOBIERNO

Hombres

Mujeres

Cuarto de aseo

ENSEÑANZA:

BIBLIOHEMEROTECA:

Control

Sala de lectores

Bodega

Area para acervo

AULA:

Cupo para 40 personas

Closet para guarda

Estrado

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

GRAFICA DE TIEMPO Y COSTO.

FECHA DE INICIO: 15 DE AGOSTO DE 1981
FECHA DE TERMINACION: 30 DE JULIO DE 1984

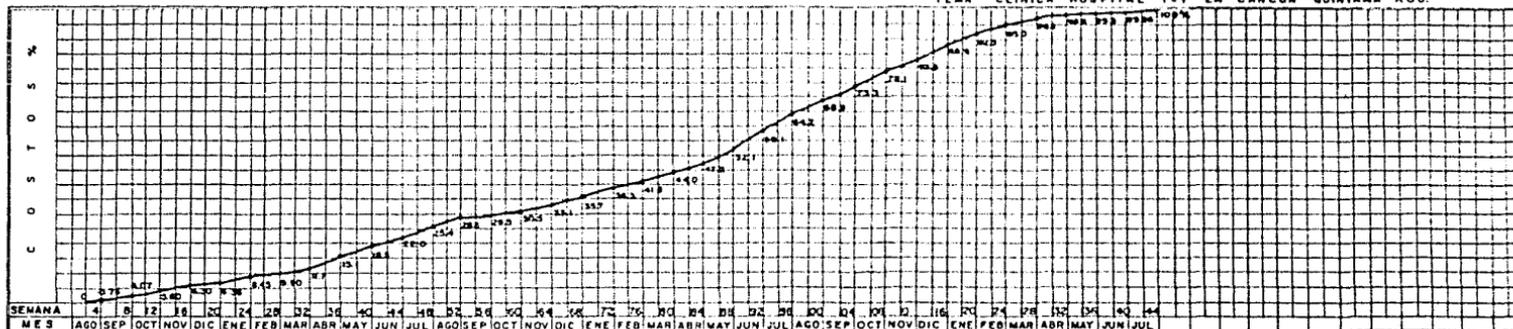
FACULTAD
DE
ARQUITECTURA

TESIS PROFESIONAL

PASANTE: FCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ.

TALLER I

TEMA: CLINICA HOSPITAL T-1 EN CANCUN QUINTANA ROO.



CLAVE	MONTO DE CONTRATO	AVANCE REAL	AVANCE PROGRAMADO	DESVIACION	OBSERVACIONES
	100% \$ 322,933,333.00		100% \$ 322,933,333.00		

22).- CALCULOS DE ILUMINACION

PASILLO:

Nivel de Iluminación	50 Luxes
Espacio	$6 \times 10 = 60 \text{ m}^2$
Altura	$H = 3.50 \text{ m}$
Indice de Local	(E)
Factor de Reflexion	0.63
Factor de Utilización	0.56
Factor de Depreciación	0.50

$$\frac{50}{0.56} \times \frac{60}{0.50} = 10,700 \text{ Lumens}$$

$$\frac{10,700}{1,600} = 7 \text{ Lamparas}$$

VESTIBULO PRINCIPAL:

Nivel de Iluminación	100 Luxes
Espacio	$10 \times 15 = 150 \text{ m}^2$
Altura	$H = 4,50 \text{ m}$
Indice del Local	(E)
Factor de Reflexion	0.52
Factor de Utilización	0.57
Factor de Depreciación	0.60

$$\frac{100 \times 150}{0.57 \times 0.60} = 43,800 \text{ Lumens}$$

$$\frac{43,800}{7,200} = 6 \text{ Lámparas}$$

VESTIBULO DE MEDICOS

Nivel de Iluminación	100 Luxes
Espacio	6 x 6 = 36 m ²
Altura	H = 3.50 m
Índice del Local	(F)
Factor de Reflexión	0.52
Factor de Utilización	0.43
Factor de depreciación	0.60

$$\frac{100 \times 36}{0.43 \times 0.60} = 13,900 \text{ Lumens}$$

$$\frac{13,900}{7,200} = 2 \text{ Lámparas}$$

ESPERA RADIODIAGNOSTICO

Nivel de Iluminación	100 Luxes
Espacio	$30 \times 6 = 180 \text{ m}^2$
Altura	$H = 4.00 \text{ m}$
Indice del Local	(E)
Factor de Reflexion	0.52
Factor de Utilización	0.47
Factor de Depreciación	0.60

$$\frac{100}{0.47} \times \frac{180}{0.60} = 63,800 \text{ Lumens}$$

$$\frac{63,800}{7,200} = 9 \text{ Lamparas}$$

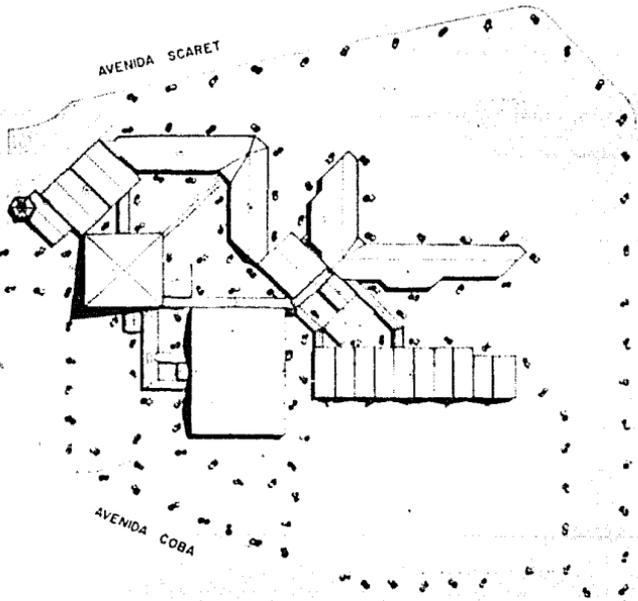
1. Pared de estacion
2. Acceso principal
3. Altoparlante y control
4. Estacion
5. Pared de estacion
6. Cronometro sistema
7. Pared de estacion
8. Pared de estacion
9. Laboratorio y radiografica
10. Oficina
11. Hospitales pediatras
12. Hospitales adultos mayores

13. Laboratorio de pruebas
14. Ciudad general
15. Laboratorio general
16. Servicio especial
17. Laboratorio
18. Laboratorio de pruebas
19. Acceso de estacion
20. Orientacion y coberturas
21. Elementos de gobierno
22. Elementos de gobierno
23. Control de estacionamiento

PLANTA DE CONJUNTO

AVENIDA TULUM

ESC 1:500



UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q. ROO



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ,
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO PLANTA DE CONJUNTO

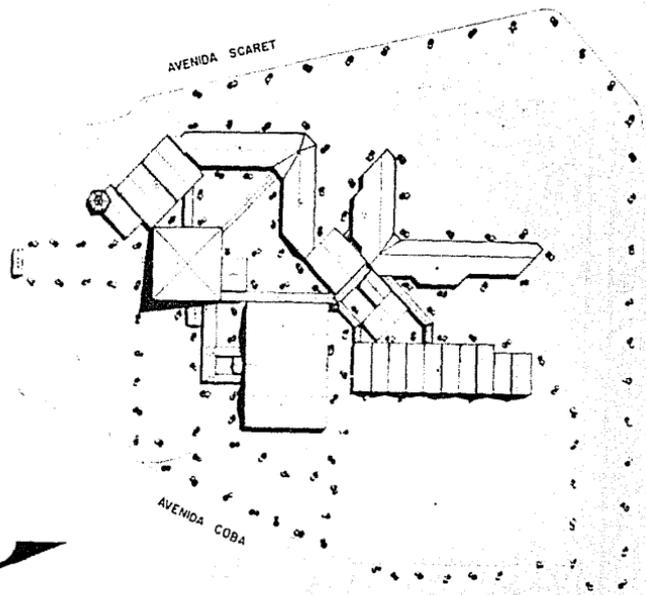
- 1. Pasadizo de emergencia
- 2. Recepción
- 3. Recepción y control
- 4. Auditorio
- 5. Sala de espera
- 6. Consultorio
- 7. Sala de enfermería
- 8. Pasadizo de emergencia
- 9. Sala de espera
- 10. Sala de espera
- 11. Sala de espera
- 12. Sala de espera

- 13. Laboratorio de rayos X
- 14. Sala de espera
- 15. Sala de espera
- 16. Sala de espera
- 17. Sala de espera
- 18. Sala de espera
- 19. Sala de espera
- 20. Sala de espera
- 21. Sala de espera
- 22. Sala de espera
- 23. Sala de espera
- 24. Sala de espera
- 25. Sala de espera

PLANTA DE CONJUNTO

AVENIDA TULUM

ESC 1:500



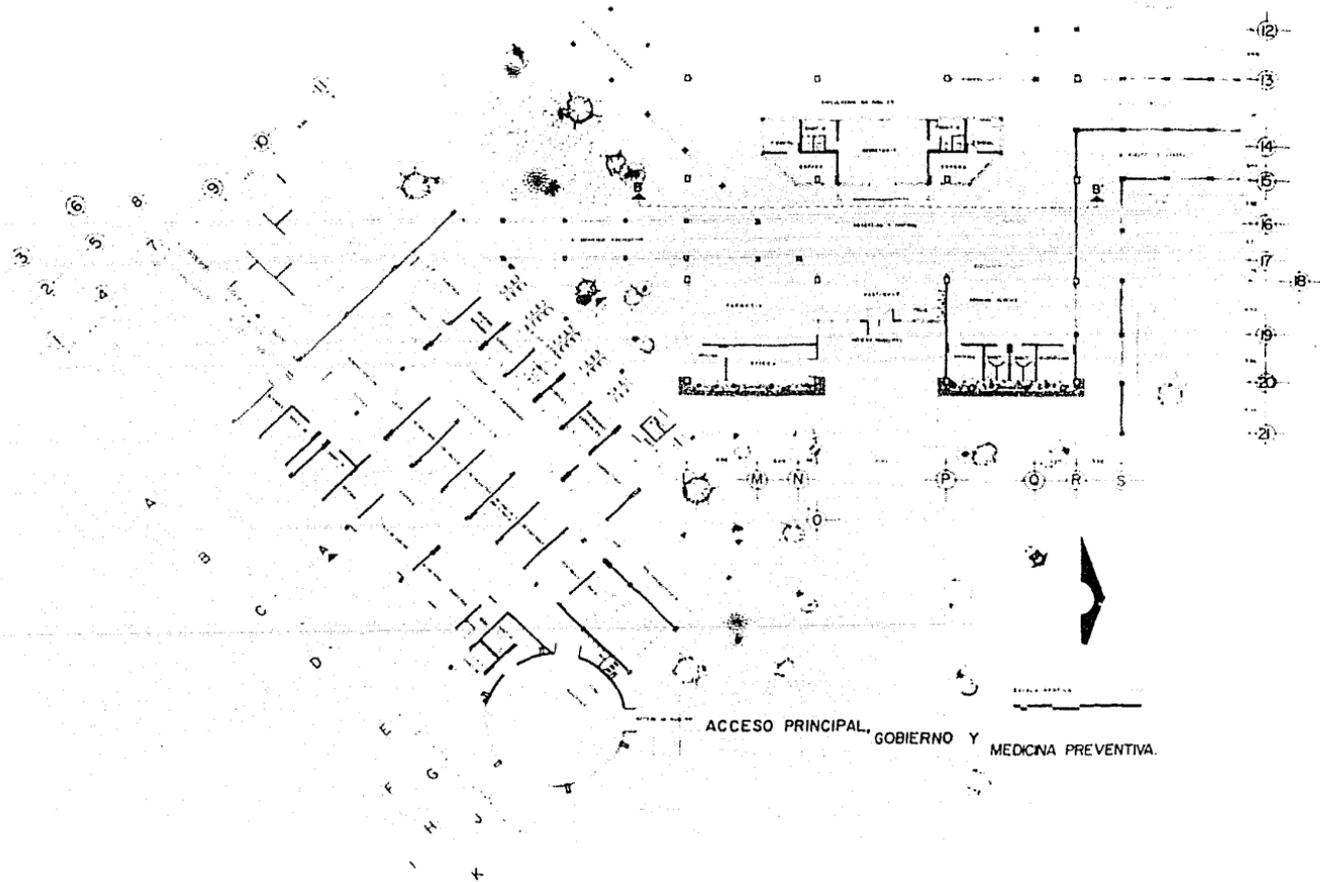
UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN O ROO



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO PLANTA DE CONJUNTO



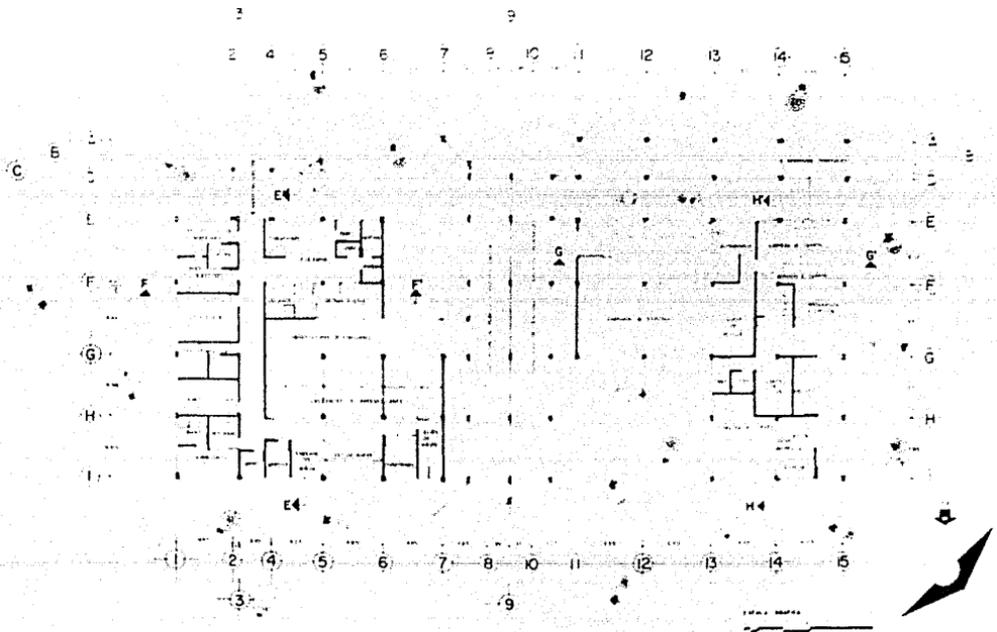
UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q ROO

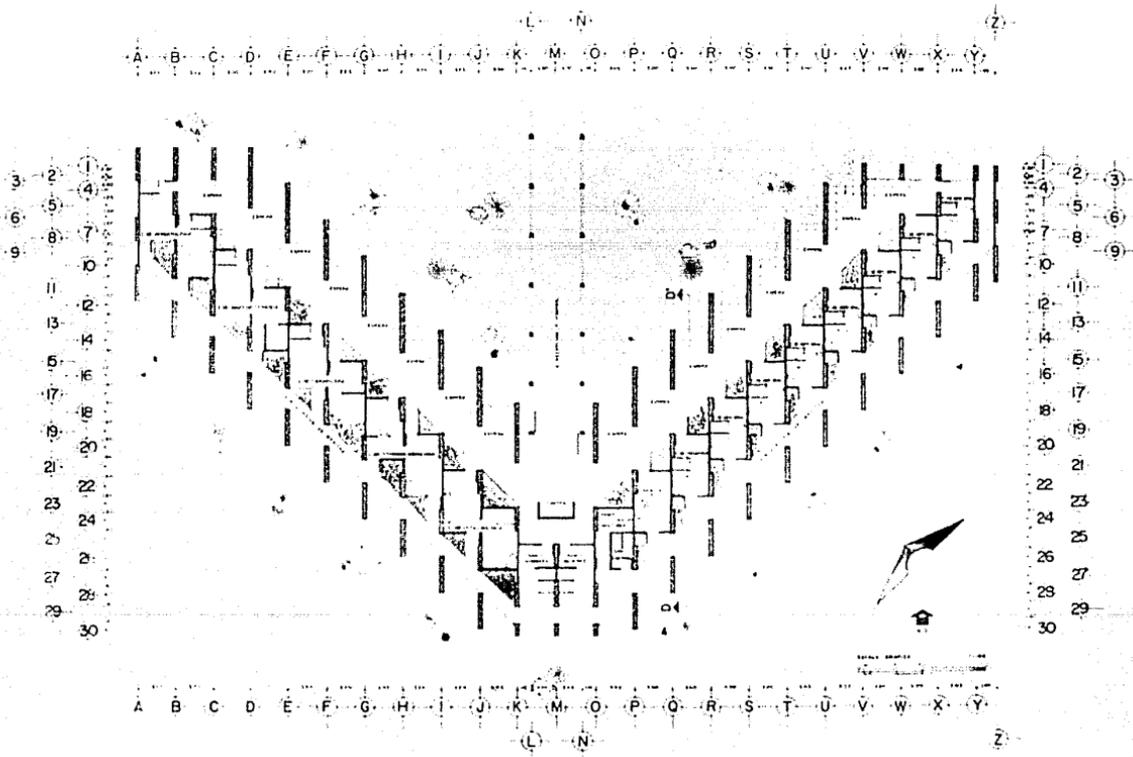


PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO PLANTA ARQUITECTONICA



SECCION DE PEDIATRIA Y COMEDOR DE PERSONAL.



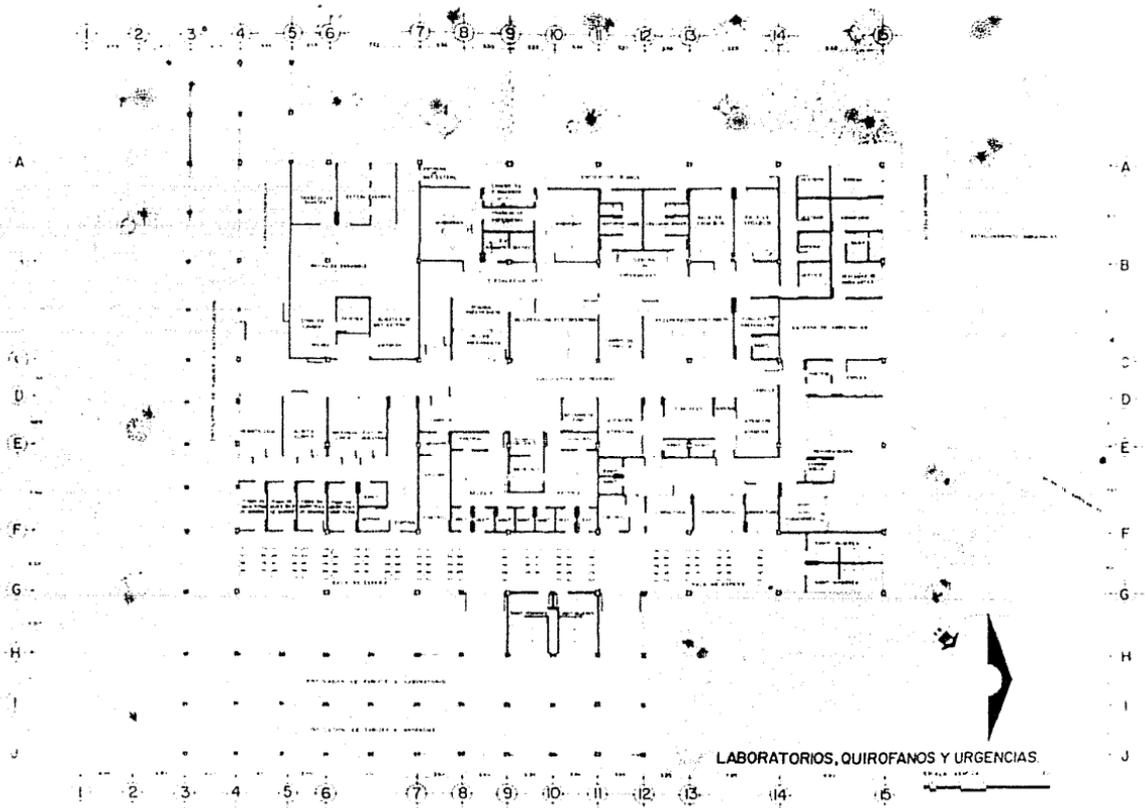
CONSULTA EXTERNA

UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q ROO.



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES BUTIERREZ.
FACULTAD DE ARQUITECTURA
PLANO. PLANTA ARQUITECTONICA

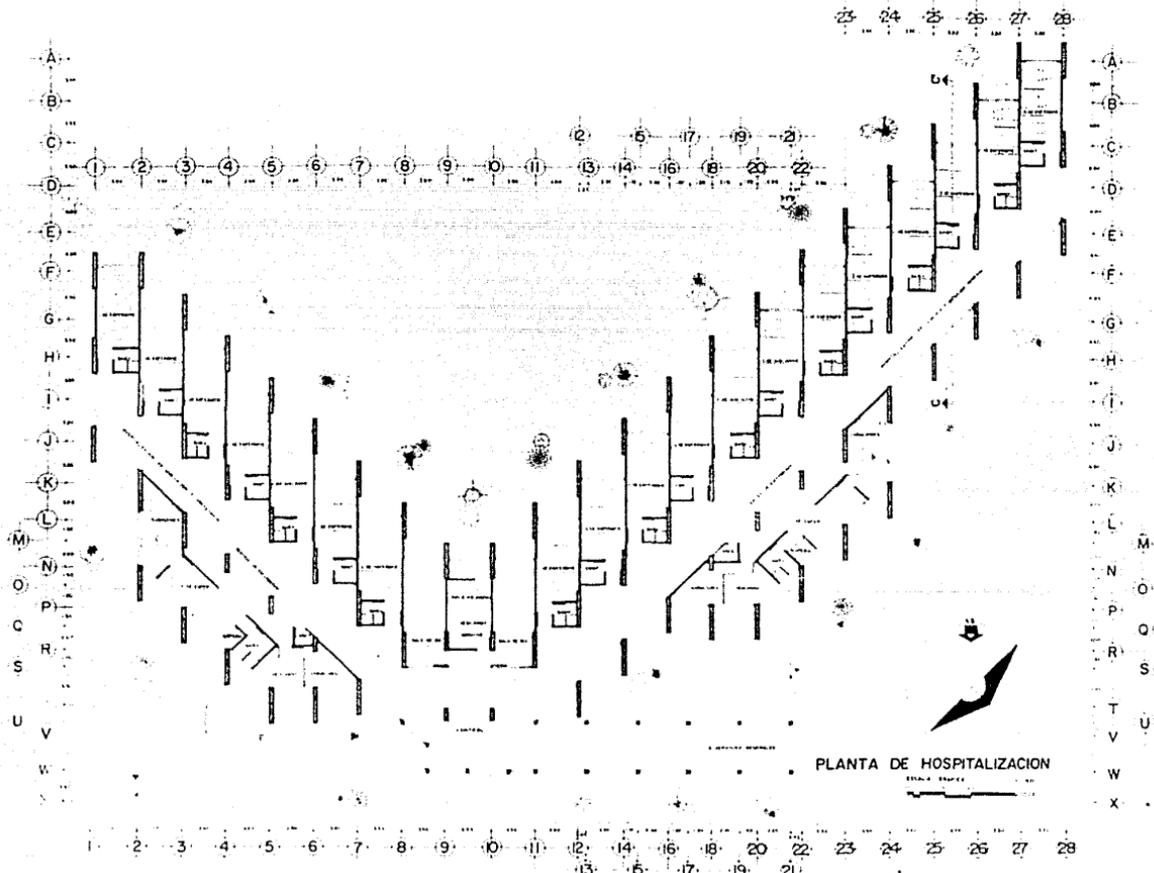


UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q ROO



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA
PLANO PLANTA ARQUITECTONICA

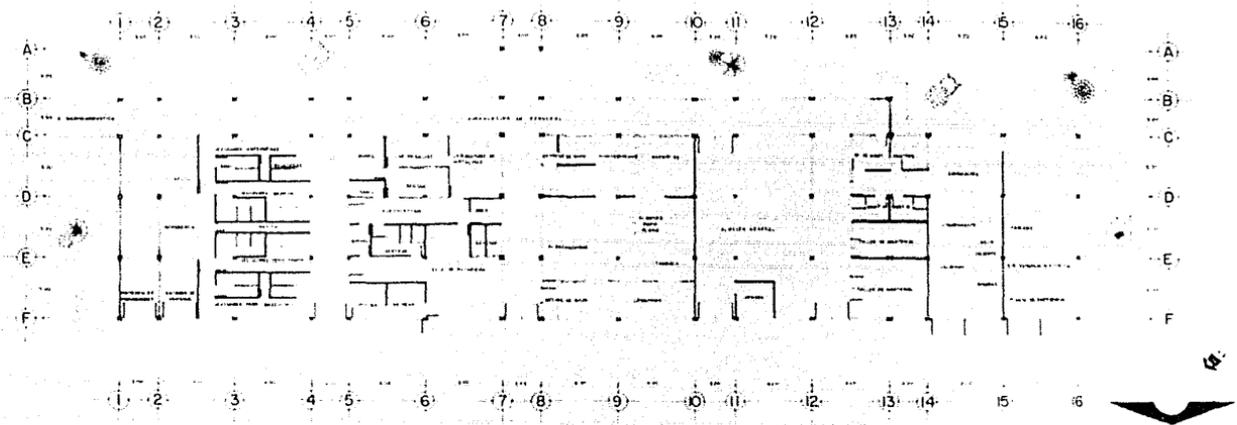


UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q. ROO

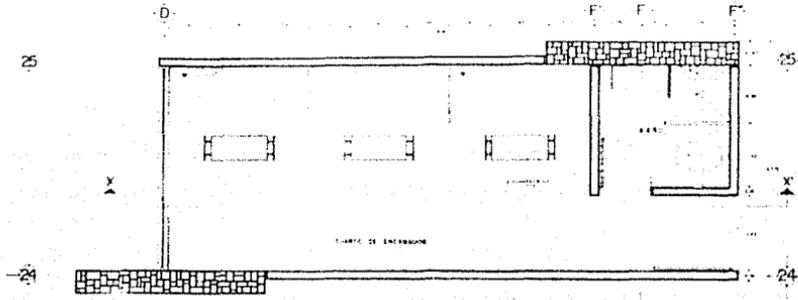


PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES BUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA
PLANO PLANTA ARQUITECTONICA



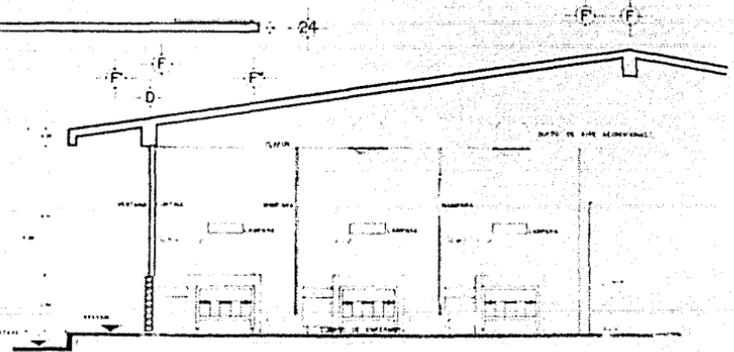
SERVICIOS GENERALES

	<p>TESIS PROFESIONAL CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q. ROO</p>		<p>PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ FACULTAD DE ARQUITECTURA PLANO PLANTA ARQUITECTONICA</p>
--	--	--	---



CUARTO TIPO

- SIMBOLOGIA
- DISEÑO
 - VAGO O DIFUSIÓN
 - △ CONTACTO DE SALIDA
 - ▽ APALCA
 - TORNILLO
 - ▭ LAMPARA INDICADORA EN PLAFON
 - ▨ VENTILACION MECANICA



CORTE X-X

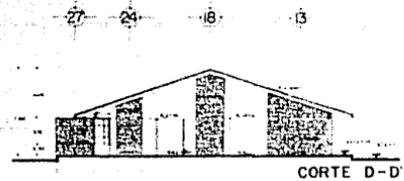
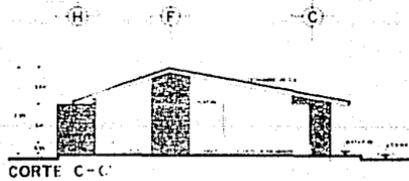
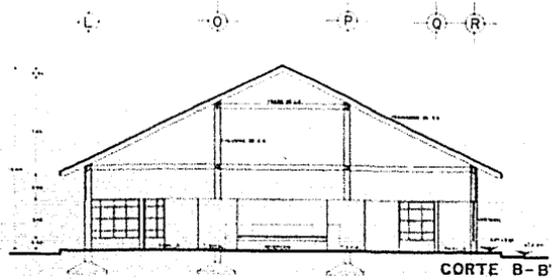
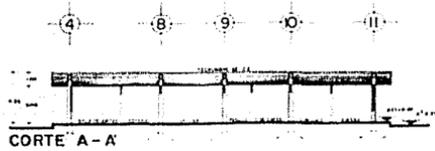
UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN O ROO



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO: PLANTA ADJUTACION



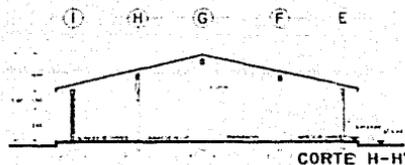
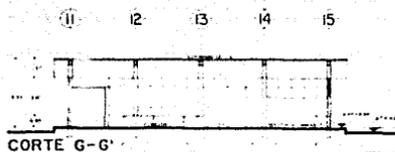
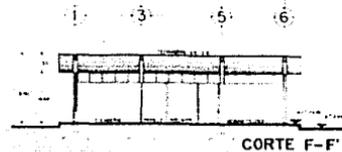
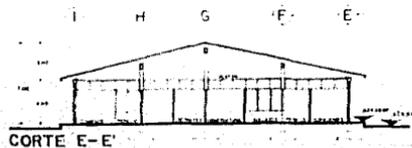
UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q.ROO



PROYECTO: FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO: CORTES GENERALES



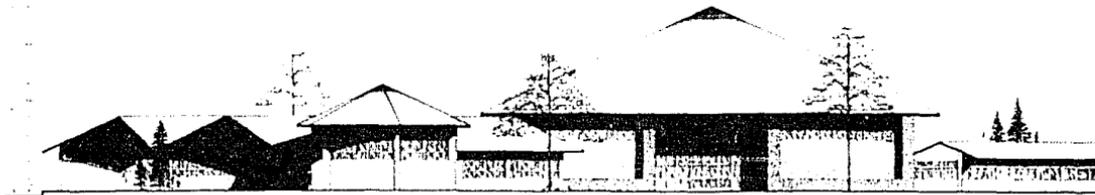
UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q. ROO



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES BUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO CORTES GENERALES



FACHADA PRINCIPAL



FACHADA SUR

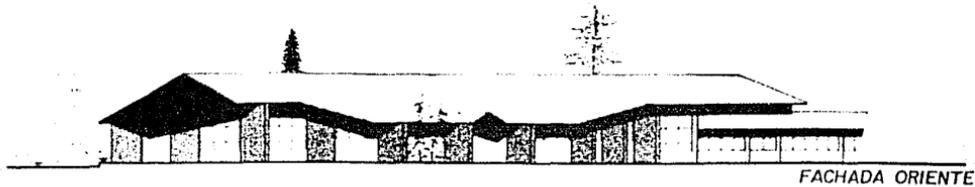
UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN O ROO.

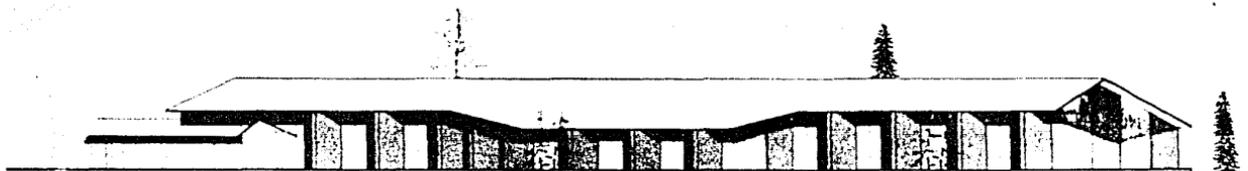


PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO FACHADAS



FACHADA ORIENTE



FACHADA NORTE

UNAM

TESIS PROFESIONAL
CLINICA HOSPITAL EN CANCUN Q ROO.



PROYECTO FRANCISCO JAVIER CERVANTES GUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA

PLANO FACHADAS



FACHADA NORTE



FACHADA SUROESTE

UNAM TESIS PROFESIONAL  PROYECTO: FRANCISCO JAVIER CERVANTES BUTIERREZ
FACULTAD DE ARQUITECTURA
PLANO: FACHADAS