

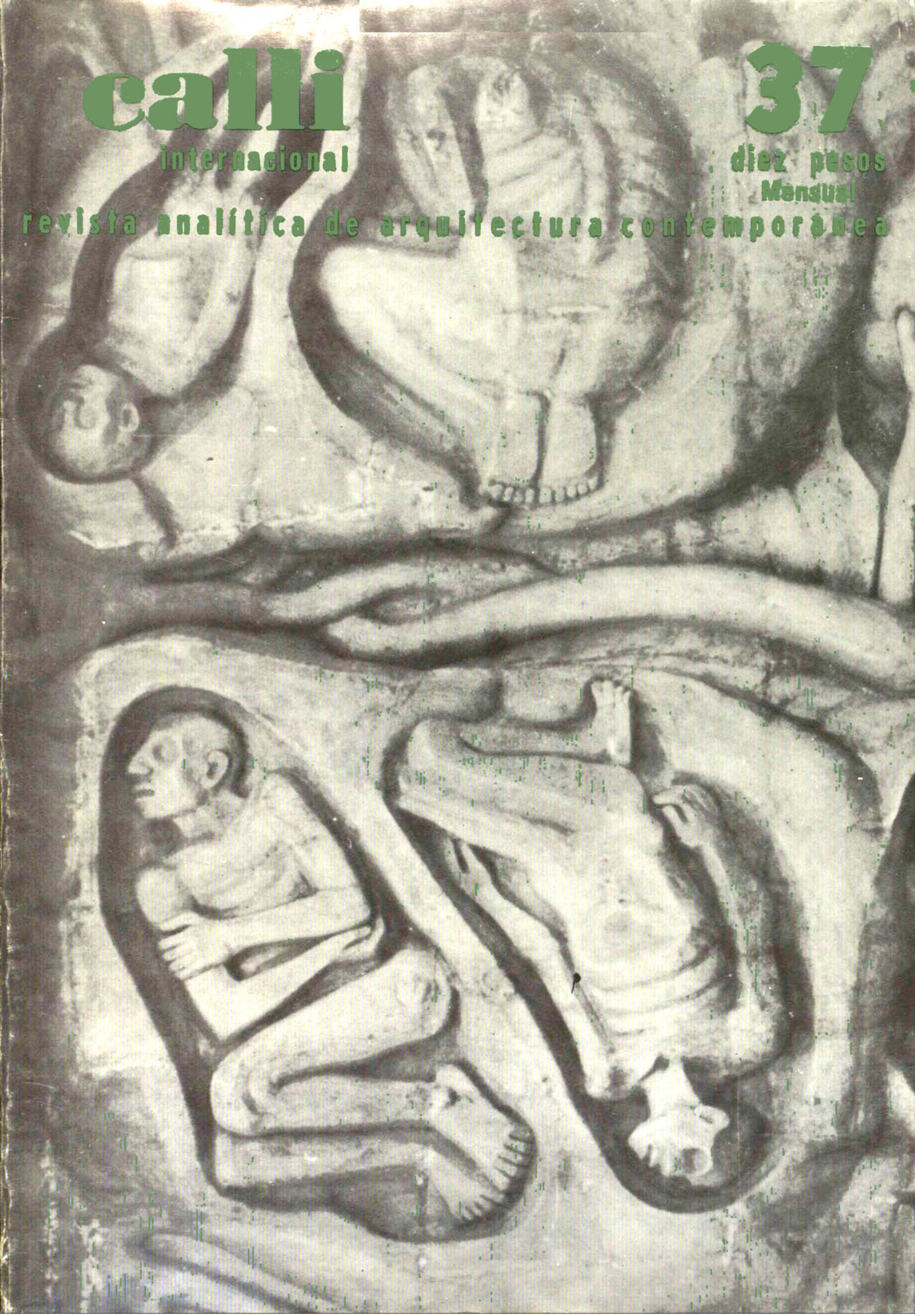
calli

internacional

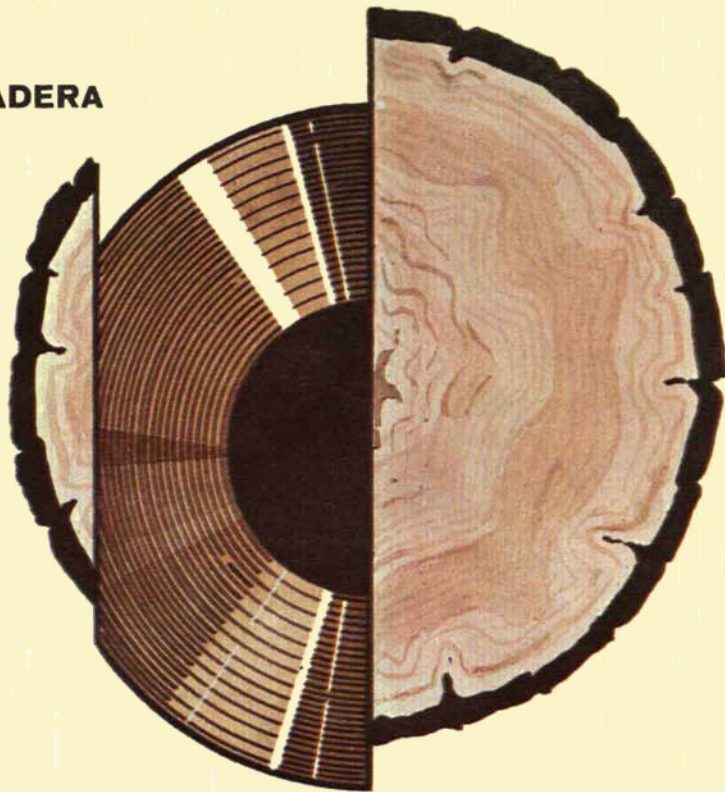
37

diez pesos
Mensual

revista analítica de arquitectura contemporánea



ANTES... MADERA



ACABADO MADERA

HOY EN DIA

PINTRO

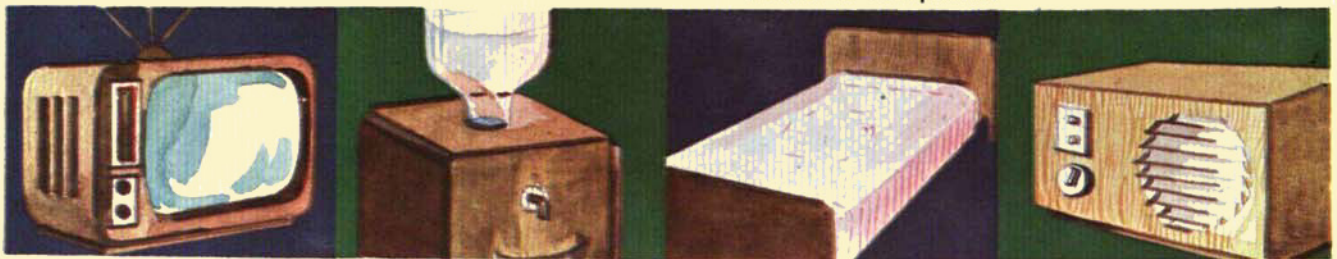
ACABADO MADERA

Madera con alma de acero.
PINTRO Acabado Madera permite dobleces y troqueles.

PINTRO Acabado Madera no es afectado por la humedad o temperatura.

Con PINTRO Acabado Madera, el industrial cuenta con un producto bello, durable, resistente y, además, económico.
INDUSTRIAS MONTERREY, S. A. División Pintro.

Ya hay PINTRO acero acabado madera, ni se hincha ni se apolilla.



PARA MAYORES DETALLES DIRIJASE A:

INDUSTRIAS MONTERREY, S. A.

DIVISION PINTRO

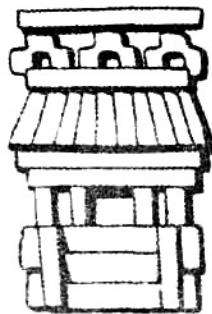
APDO. 518 TEL. 75-47-00 VENTAS TEL. 52-00-80 MONTERREY, N. L.

REPRESENTACIONES DE FABRICAS, S. A.
NIÑO PERDIDO 305, TEL. 19-97-50
DIV. ACERO DEPTO. VENTAS TEL. 30-88-35
MEXICO, D. F.

SR. JAIME MARTINEZ
CIRCUNVALACION WASHINGTON 407
TELS. 7-22-24 Y 7-14-01
GUADALAJARA, JAL.

SR. ALFREDO GUTIERREZ
AVE. ZARAGOZA 1007
TELS. 2-10-12 Y 2-05-40
COATZACOALCOS, VER.

LP-16A/68



CALLI
REVISTA ANALITICA DE ARQUITECTURA CONTEMPORANEA

PUBLICADA POR:
CALLI, A. C.
Insurgentes Sur 1844 - 503
México 20, D. F.
24-46-78

Edición Mensual
Fecha de salida
1a. quincena del mes
Fundada en 1959

Dirección
ARQ. BENJAMIN MENDEZ S.
Jefe de Redacción
ARQ. ALEJANDRO GAITAN C.

Colaborador
RAMON VARGAS S.
Sección de Artes Plásticas
RAQUEL TIBOL

Sección de Fotografía
MANUEL CARRILLO
Supervisión literaria
DR. LUIS RIUS

Traducciones
SERVICIO DE TRADUCCIONES PROFESIONALES
Fotografía

GUILLERMO ZAMORA
Administración
ARQ. BENJAMIN MENDEZ S.
Publicidad

CONSORCIO DE MEDIOS PUBLICITARIOS, S. A.
Tels. 33-44-28
33-44-27
33-44-30

SUSCRIPCIONES SUSCRIPTIONS	TARIFAS RATES		
	(1 año) 12 Núms.	(2 años) (24 Núms.)	(3 años) 36 Núms.
REPUBLICA MEXICANA	\$ 100.00 M.N.	\$ 180.00 M.N.	\$ 250.00 M. N.
Ejemplar Suelto	10.00 M.N.		
No. Atrasado	15.00 M.N.		
Estudiantes de arquitectura	60.00 M.N.		
	(Year)	(2 Year)	(3 Year)
(Foreign Countries)			
EXTRANJERO	10.00 Dis.	18.00 Dis.	25. Dis.
Ejemplar Suelto	1.00 Dis.		
No. Atrasado	1.50 Dis.		

Estas tarifas son vigentes para el año de 1969

Todo Cheque o giro postal debe enviarse a
CALLI, A. C.
Insurgentes Sur No. 1844-503
México 20, D. F.

Editorial CALLI, A. C. Insurgentes Sur No. 1844 - 503 Tel.
24-46-78 Registros Secretaría de Hacienda No. 66428. Secre-
taría de Educación Pública No. 32042. Autorizado como corres-
pondencia de segunda clase por la Dirección General de
Correos con fecha 6 de Febrero de 1964 conforme Oficio No.
2151. Edición mensual, precio del ejemplar \$ 20.00 precio
especial \$ 10.00 Impreso en Litográfica del Pacifico, S. A.
Maple No. 14, Teléfono: 47-70-80 México 4, D. F.

calli 37

edición internacional



NUESTRA PORTADA:

Detalle de mural en el
Centro Médico Nacional.

SUMARIO

- Editorial
- 2** URGE REALIZAR UNA PLANEACION NACIONAL CON EL OBJETO DE
INCREMENTAR NUESTRO DESARROLLO
Calli
- Traducciones
- 4** TRADUCCION AL FRANCES
- 5** TRADUCCION AL INGLES
- Datos para la Historia
- 6** U.I.A. INFORMACION
Calli
- Sección de Artes Plásticas
- 7** CUBISTAS DE RIVERA EN EL CONGRESO DE PEDIATRIA
- 8** SOBRE EL AMOR DESDE LA CARCEL
- 8** GIRONELLA ILUSTRA UN ACERTO DE GOMEZ DE LA SERNA
- 9** EL ARTE Y EL MOVIMIENTO ESTUDIANTIL EN EUROPA
- 10** LOS NUEVE PINTORES DE JUAN GARCIA PONCE
Por Raquel Tibol.
- 15** RESPECTO AL PROGRAMA GENERAL DE UN HOSPITAL DEL IMSS.
Por el Arquitecto Enrique Yáñez de la Fuente
- 16** CLINICAS DE LA VILLA OLIMPICA MEXICO, D. F.
Arquitecto Enrique del Moral
- 20** LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA DEMOCRACIA
Por Ramón Vargas Salguero
- 24** ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Por el Doctor Carlos Zamarripa
- 27** HOSPITAL GENERAL EN TAPACHULA, CHIAPAS
Arquitecto Joaquín Sánchez Hidalgo
- 32** LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO
Por el Doctor Ignacio Morones Prieto
- 36** CLINICA HOSPITAL EN REYNOSA, TAMAULIPAS
Arquitecto Guillermo Ortiz Flores
- 41** CLINICA HOSPITAL EN CIUDAD OBREGON, SONORA
Arquitecto Enrique del Moral
- 46** HOSPITALES DEL IMSS.
Por el Arquitecto Enrique Yáñez de la Fuente
- 55** DATOS PARA LA HISTORIA
Calli

**urge
realizar
una
planeación
nacional
con
el
objeto
de
incrementar
nuestro
desarrollo**

En ocasiones anteriores, cuando tratamos sobre la formación del arquitecto, planteamos la urgente necesidad de realizar una Planeación Nacional en base a la cual se efectúan los programas de desarrollo que permitan una ejecución más positiva en todas las áreas de la actividad humana, evitando así entre otras cosas, que se produzcan técnicos para la ciudad y para el medio rural, profesionistas, científicos, etc., en especialidades donde el campo de acción fuera sumamente limitado y por ende, su productividad no rinda todos los frutos posibles.

Es por ello que CALLI insiste en la necesidad de realizar una Planeación Nacional que pueda permitir un incremento más acelerado a nuestro desarrollo. Esto es absolutamente posible dado que en la actualidad ya existen los elementos básicos que permiten su funcionamiento. Entre ellos podemos marcar: la conciencia de intelectuales, dirigentes políticos, técnicos, funcionarios, etc., de lo positivo de esta labor y de que es la única salida posible para acelerar el desarrollo; el reconocimiento de que un trabajo planificado se traducirá en beneficios para las capas mayoritarias de la población; el convencimiento de que al cumplirse la aceleración económica y la mejor distribución de la riqueza, se mejorarán las estructuras sociales; el mejor funcionamiento de la organización pública y el aprovechamiento integral de la fuerza humana y económica con que se cuenta, y máxime que actualmente es aceptado plenamente por los grupos encargados de la dirección del desarrollo la posibilidad del trabajo planificado, ya que en la actualidad han desaparecido los taboos que solamente le señalaban una malentendida connotación política.

Ahora por el contrario, en los países en vías de desarrollo, especialmente los de América Latina, se trata a la planificación como un instrumento de planeación exclusivamente técnico o como una panacea para solucionar todos los males que padecen nuestras sociedades. Esta posición también debe ser deshechada porque diluye su verdadera importancia, perdiéndose así sus atributos específicos y su concepto fundamental.

Sin embargo debemos de ser conscientes de que la labor planificadora resulta indispensable para un país como el nuestro, en el que el desarrollo y la diversificación de la

producción resultan insuficientes, y en donde se registra un crecimiento explosivo de la población, así como la destrucción constante de los recursos naturales no renovables.

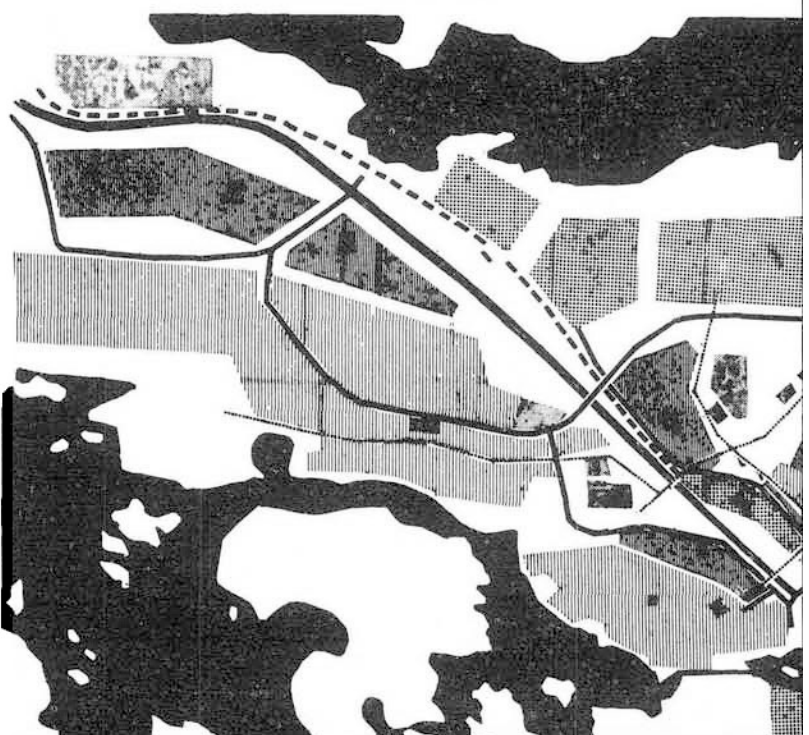
Estas condicionantes nos hacen ver que no es posible confiar la solución de problemas de tanta magnitud a la espontaneidad. Tampoco consideramos que la realización de una actividad planificada resulte un trabajo sencillo; sabemos que para llevarlo a efecto se requiere de un gran esfuerzo y de un trabajo de conjunto de profesionistas técnicos y ciudadanos que puedan dar nuevas directrices a la evolución que demanda la nación, dentro de un marco formado por un organismo planificador que se encargue de proyectar, programar y controlar las principales actividades del país.

Entendemos lo difícil de una realización de esta envergadura, pero consideramos que solamente así se podrá lograr la incorporación de México al tiempo en que vivimos.

Existe el peligro de caer solamente en elementos formales, producto de la novedad técnica y de la falta de experiencia de quienes lo puedan aplicar. Por eso es indispensable que la Planeación Nacional se realice en base a una estructura dinámica que permita constantes cambios en los procedimientos de ejecución, así como la inclusión de nuevas técnicas. No podemos dejar de señalar que aunque la labor planificadora aparece como una actividad que sólo rinde frutos a largo plazo, la reestructuración permitirá sensibles mejorías económicas y sociales para todos los núcleos de población del país.

En esta Planeación Nacional el trabajo del arquitecto, como el de los demás profesionistas, deberá adecuarse y aportar nuevos enfoques dentro de su actividad profesional con el objeto de obtener resultados más precisos.

El arquitecto deberá integrarse a los equipos que realicen las actividades planificadoras y colaborar con su especialidad en las conclusiones que de ellas emanen.



TRADUTTORE NON TRADITORE

FRANCES

EDITORIAL

2

En parlant de la formation de l'architecte, nous avons déjà, à l'occasion, mentionné l'urgence nécessaire de réaliser un planning national sur lequel seraient basés les programmes de développement qui permettraient une exécution plus positive dans tous les domaines de l'activité humaine; cela éviterait notamment que des techniciens des villes ou des campagnes, des professionnels, des hommes de sciences reçoivent une formation spécialisée dans un champ d'activité très limité, empêchant qu'ils donnent toute la mesure de leur productivité.

C'est pourquoi CALLI insiste sur la nécessité de créer ce planning national qui permettrait d'accélérer notre développement. Cela est parfaitement possible, étant donné que l'on dispose déjà, actuellement, des éléments fondamentaux qui lui permettent de fonctionner. Entre ces éléments, nous trouvons le fait que les intellectuels, dirigeants politiques, techniciens, fonctionnaires, etc., sont conscients du caractère positif de ce travail comme unique moyen possible d'accélérer notre développement; celui que de toute évidence, un travail conforme à un plan apportera des bénéfices à la majorité de la population; celui que sans doute, l'accélération économique et une meilleure distribution de la richesse amélioreront les structures sociales; celui que l'organisation publique fonctionnerait mieux et que les forces humaines et économiques seraient mieux utilisées; tout cela d'autant plus que le travail selon un plan est maintenant pleinement accepté par les groupes directeurs du développement, car les tabous qui n'admettaient qu'une signification politique limitée du planning, ont heureusement disparu.

Au contraire, aujourd'hui, dans les pays en voie de développement, et spécialement ceux d'Amérique Latine, on considère les plans comme un instrument exclusivement technique du planning général, voire comme une panacée pour tous les maux dont souffrent nos sociétés. Là encore, il s'agit d'une position à rejeter, parce qu'elle dilue sa vraie importance et lui fait perdre ses attributs spécifiques et sa conception fondamentale.

Nous devons cependant être conscients du fait que le travail du planning est indispensable dans un pays comme le nôtre, où le développement et la diversification de la production sont insuffisants et où l'on constate un accroissement explosif de la population et une destruction constante des ressources naturelles non renouvelables.

Toutes ces conditions nous font voir qu'il n'est pas possible d'abandonner la solution de problèmes tellement importants à des initiatives spontanées. Nous ne pensons pas non plus que l'élaboration de plans soit un travail facile; nous savons que pour le mener à bien, il faut combiner les efforts assidus d'un ensemble de professionnels, techniciens et citoyens que puissent donner de nouvelles lignes directrices à l'évolution que demande la nation, et cela dans le cadre d'un organisme planificateur qui se charge d'élaborer les projets et programmes et de contrôler les activités principales du pays.

Nous voyons bien combien est difficile une réalisation de cette envergure, mais nous sommes convaincus que c'est le seul moyen qui permette au Mexique de s'intégrer dans l'époque actuelle.

Il existe le danger de tomber seulement dans des éléments formels, produit de la nouveauté technique et du manque d'expérience de ceux qui se chargent de l'application. C'est pourquoi il est indispensable que le planning national s'opère sur la base d'une structure dynamique qui permette de procéder constamment à des changements dans les procédés d'exécution et à l'adoption de techniques nouvelles. Il est nécessaire de souligner que si le travail du plan apparaît comme une activité dont les fruits ne se cueilleront qu'à longue échéance, la restructuration apportera des améliorations économiques et sociales importantes pour tous les noyaux de population du pays.

Dans ce planning national, le travail de l'architecte, à l'instar de celui des autres professionnels, devra s'adapter et se concentrer sur de nouvelles orientations de son activité professionnelle, afin d'obtenir des résultats plus précis.

L'architecte devra s'intégrer aux équipes consacrées aux activités du planning et collaborer avec sa spécialité pour arriver aux conclusions qui s'imposent.

ARTS PLASTIQUES — PEINTURES
CUBISTES DE RIVERA AU CONGRES
MONDIAL DE PEDIATRIE

Par Raquel Tibol

7

Le XIIe Congrès Mondial de Pédiatrie, qui eut lieu du premier au 7 décembre 1968 dans l'Unité de Congrès du Centre Médical de la Ville de Mexico, a été combiné avec un programme culturel varié de haute qualité. Assez restreint pour ne pas distraire les congressistes de leurs tâches scientifiques, ce programme a offert un choix qui permit de se faire une bonne idée de la richesse et la variété de la culture mexicaine, grâce à une sélection rigoureuse. Il suffit de dire que dans la section consacrée à l'art mexicain du XXe siècle, Diego Rivera était représenté par sept de ses meilleures toiles cubistes, exécutées en 1916 et 1917 et prêtées par le collectionneur Alvar Carrillo Gil.

Cinq peintures de 1916: *Le peintre au repos*, *Angelina enceinte* (datant du mois d'août et présentée ici sous le titre *Femme en vert*), *Portrait du poète Maximilien Volochine*, *Portrait d'une poète* et *L'Architecte*; deux de 1917: *Femme assise dans un fauteuil* et *Angelina avec son fils Diego* (présentée ici sous le titre *Maternité*). Les titres génériques enlevaient à ces peintures le composant autobiographique qui possède une valeur très émotionnelle et même symbolique pour ceux qui connaissent certains détails de la vie de l'artiste. Le modèle de Rivera cubiste était généralement sa femme d'alors, Angelina Beloff, peintre et graveur russe, avec laquelle il partagea ses années parisiennes. Angelina lui donna un fils, Diego, qui aurait aujourd'hui 51 ans, mais qui mourut en 1918.

Bertram D. Wolfe, le biographe de Rivera, écrit à ce sujet:

"Pendant le rude hiver de 1918, Diego, Angelina et leur fils nouveau-né vécurent des jours amers de froid et de faim. Il était impossible d'obtenir du combustible ou du lait, et souvent n'importe quel aliment. L'eau gela dans les tuyauteries; ensuite, le système municipal de pompage ne put continuer de fonctionner faute de charbon pour faire travailler les machines. Diego et Angelina pouvaient supporter tout cela, mais ce fut trop pour l'enfant: il mourut la fin de l'année, une des victimes innombrables et jamais comptées de la guerre. Avec sa mort, une des liens qui unissaient Diego avec la France se rompit."

Les sept oeuvres exposées au Centre Médical montrent un Rivera qui dominait déjà, avec une maîtrise considérable et une grande force créatrice personnelle, ce langage pictural que quelques jeunes peintres de France et d'Espagne avaient inventé vers 1907. Rivera a toujours conservé beaucoup de tendresse —dépourvue de nostalgie— pour son époque cubiste qu'il considérait comme l'étape décisive de sa formation, au point qu'il garda toujours dans sa chambre, dans sa maison de Coyoacán, une des premières toiles de cette tendance: *Le réveil-matin*, de 1914.

AU SUJET DU PROGRAMME GENERAL
D'UN HOPITAL DE L'IMSS

15

par Enrique Yáñez de la Fuente, architecte

"Le fonctionnement d'un hôpital, rigoureux et stricte, comme conséquence d'une investigation diligente des activités qui s'y déroulent, ne donne pas lieu à des interprétations subjectives." "Le projet d'un hôpital commence dans les unités d'hospitalisation. De la conception qu'on en aura et de la solution qu'in y apportera, dépend dans une grande mesure le succès de l'ensemble."

"Dans l'unité d'hospitalisation se résume l'essentiel de l'hôpital: le logement des malades. C'est à elle que doivent être clairement rapportés et subordonnés les services généraux et les services auxiliaires de traitement et diagnostic."

"La consultation externe peut être incluse ou exclue dans un programme d'hôpital: elle est fondamentale pour les hôpitaux de l'IMSS, mais non pour ceux des Etats-Unis."

"La mise à profit des conditions naturelles d'ensoleillement et de ventilation constitue un des partis qui s'offrent dans les hôpitaux."

"L'emploi de moyens artificiels pour arriver à une température ou un éclairage corrects donne des caractéristiques très différentes aux projets d'hôpitaux."

"Les départements de chirurgie, d'obstétrique et d'urgences sont étroitement liés, et comme pour les deux derniers l'accès facile est indispensable, il convient de les situer dans le rez-de-chaussée."

"Les entrées d'un hôpital doivent être limitées, dans la mesure du possible, à deux: une pour les malades externes, les visiteurs et le public en général, et l'autre pour le service, les voitures d'approvisionnement et l'entrée de malades admis en ambulance."

"Dans le projet d'un hôpital, le coût de l'opération résultante est fondamental."

"Les finis de luxe ou coûteux représentent seulement une augmentation du coût initial de l'immeuble."

"Les coûts d'opération des services augmentent continuellement avec l'excès de surfaces ou dispositions mal conçues qui obligent à augmenter le nombre du personnel."

"Le dessin structurel tiendra compte de l'utilité d'éliminer les colonnes intérieures, principalement dans les immeubles projetés en étages superposés, étant donné les diverses dimensions et dispositions de locaux et départements."

CLINIQUE DU VILLAGE OLYMPIQUE ET
UNITE PHYSIATRIQUE, MEXICO, D. F.

Enrique del Moral, architecte

16

Il s'agit de deux cliniques dont une est réservée au service de consultation externe, tandis que l'autre abrite la physiothérapie, le service d'hydrothérapie, massage, électrothérapeutique, qui sont indispensables pour prendre soin des athlètes.

Dans le plupart de ces constructions, on a utilisé des éléments préfabriqués d'acier et d'asbeste, mais on a employé aussi d'autres moyens, comme dans le cas des persiennes qui ont été exécutées sur place.

HOPITAL GENERAL A TAPACHULA,
CHIAPAS, AVEC 153 LITS

27

Joaquín Sánchez Hidalgo, architecte

Les bâtiments se composent de trois corps principaux, dont un est destiné aux bureaux de la délégation du lieu, tandis que les deux autres constituent l'unité de l'hôpital lui-même.

Les dimensions et arrangements des locaux, les relations qu'ils ont entre eux, et aussi les installations avec lesquelles ils sont équipés, correspondent aux exigences d'opération qui ont été analysées par le Bureau Principal de Planning et de Supervision Médicale de l'I.M.S.S.

Les façades, qui ont reçu des éléments de protection contre le soleil, donnent une impression de variété et de contraste.

HOPITAL GENERAL A REYNOSA, TA-
MAULIPAS, AVE 133 LITS

36

Guillermo Ortiz Flores, architecte

Les précautions que l'on prend habituellement en ce qui concerne l'orientation des immeubles, perdent tout leur sens quand les conditions climatiques extrêmes rendent indispensable l'installation d'un système de climatisation.

Cette remarque explique essentiellement le choix de ce type de projet compact.

L'hôpital se compose d'une tour dans laquelle se trouvent les unités d'hospitalisation, d'un rez-de-chaussée qui abrite la consultation externe et les services auxiliaires de diagnostic et de traitement, ainsi qu'un sous-sol où sont logés les services généraux.

HOPITAL GENERAL A CIUDAD OBRE-
GON, SONORA, AVEC 240 LITS

Enrique del Moral, architecte

41

Le projet de cet hôpital montre deux grands volumes dans lesquels l'auteur du dessin architectural groupe les services exigés par le programme spécial de l'hôpital: unités d'hospitalisation, services généraux correspondants, chirurgie, obstétrique, urgences et, d'autre part, les corps prévus pour la consultation externe.

Pour protéger les façades des bâtiments des rayons du soleil, et en tenant compte du fait que Ciudad Obregón a pendant la majeure partie de l'année un climat chaud, l'architecte a introduit un encoiraillement qui traduit en béton et formes modernes les anciens rideaux en forme de tentes que l'on utilisait dans les oeuvres de l'architecture méditerranéenne.

EDITORIAL

2

On speaking of the training of the architect, we have already mentioned occasionally the urgent need for the realization of a national planning, based on which the development programs would permit to achieve a more positive execution in every field of human activities: this would permit to avoid, in particular, that technicians of cities or countryside, professional men and all kind of scientists receive a specialized training in a very limited field of activities, so that they cannot develop fully their productivity.

That is why CALLI insists on the necessity to create such a national planning, allowing to speed up our development. This is perfectly possible since we find available, already now, all the fundamental elements needed for its functioning. Among these elements, we can mention the fact that the intellectuals, the political leaders, the technicians and public officers, etc., are aware of the positive character of such a work as the only possible means to speed up our development; the fact that very obviously a work done according to a plan will bring about benefits for the majority of the population; the fact that without any doubt, the economic acceleration and a better distribution of the wealth will improve the social structures; the fact that the public organization would work better and that the human and economic forces would be put a better profit; and this all the more because the work according to a plan is by now fully accepted by the directing groups of the development, for the taboos which did not admit but a limited political meaning of the planning have fortunately disappeared.

On the contrary, today, in the developing countries, and more specially those of Latin America, one considers the plans as an exclusively technical instrument of the general planning, and sometimes even as a panacea for every single evil which afflicts our societies. Here again, the position must be rejected, for it dilutes the true importance and makes the specific characteristics and the fundamental concept go lost.

We must however be conscious of the fact that the work of the planning is indispensable in a country as ours, where the development and the diversification of production are insufficient and where one sees an explosive increase of population and a permanent destruction of not renewable natural resources.

All these conditions make us understand that it is not possible to leave the solution of so very important problems to spontaneous initiatives. We do not believe either that the drawing up of such plans is an easy work; we now that in order to complete it satisfactorily, it is necessary to combine the assiduous efforts of a whole group of professionals, technicians and citizens who can formulate new guidelines for the evolution required by the nation, and this within the framework of a planning organism which takes care of the preparation of the projects and programs as well as the control of the country's main activities.

We are perfectly aware of the difficulties of such ambitious realizations, but we are also convinced that this is the only way to allow Mexico to become integrated in our present-day epoch.

There exists the danger of falling simply in a play of formal elements, produced by the new character of techniques and the lack of experience of those in charge of the application. It is therefore indispensable for the national planning to operate on the basis of a dynamic structure which permits to proceed permanently to modifications of any execution proceeding and to the adoption of new techniques. It is necessary to emphasize the fact that even though the work of the plan appears as an activity which will become fruitful only on long term, the restructuring will bring about economic and social improvements for every one and the population nuclei of the country.

Within that national planning, the work of the architect must, exactly as the one of any other professional, adapt itself and concentrate on new approaches of his professional activity, in order to obtain the most accurate results.

The architect must integrate himself in the teams dedicated to planning activities and cooperate with his specialty so that the corresponding conclusions may be reached.

PLASTIC ARTS — CUBIST PAINTINGS OF RIVERA AT THE WORLD CONGRESS OF PEDIATRICS

By Raquel Tibol

7

The XIIth World Congress of Pediatrics, held from december first through 7, 1968, at the Congress Unit of the Medical Center of the City of Mexico, has been combined with a cultural program of high quality. That program, adequately limited in order not to distract the members of the congress from their scientific tasks, offered a choice permitting to get a good idea of the fertility and variety of the mexican culture, thanks to a very strict selection. It is sufficient to say that in the section of XXth century mexican art, Diego Rivera was represented with seven of his best cubist paintings, executed between 1916 and 1917 and lent by the collector Alvar Carrillo Gil.

Five paintings of 1916: *The painter at rest*, *Angelina pregnant* (executed in august and presented here under the title *Woman in green*), *Portrait of the poet Maximilien Volochine*, *Portrait of a poet and The architect*; two from 1917: *Woman sitting in an armchair* and *Angelina with her son Diego* (presented here under the title *Maternity*). The generic titles deprived these paintings of their autobiographic component which possesses a very emotional and even symbolic value for those who know certain details of the artist's life. Cubist Rivera's model was in most cases Angelina Beloff, then his wife, a russian painter and engraver with whom he spent his Paris years. Angeline gave him a son, Diego, who would be today 51 years old, but who died in 1918.

Bertram D. Wolfe, Rivera's biographer, writes on that subject:

"During the strong winter of 1918, Diego, Angelina and their new-born son went through bitter days of cold and hunger. It was impossible to get fuel or wilk, and frequently not even any kind of wood. The water froze in the pipes; afterwards, the town pumping system could not work any more because of the lack of coal to drive the machines. Diego and Angelina were able to put up with all this, but for the child it was too much: he died before the year was over, one of the innumerable and never accounted for victims of the war. With his death, one of the links which existed between Diego and France was destroyed."

The seven works exhibited at the Medical Center show a Rivera who dominated already, with considerable mastery and a great personal creative force, that pictorial language some young painters of France and Spain had invented about 1907. Rivera always conserved tender—but by no means nostalgic—feelings for his cubist epoch which he considered to be the decisive stage of his formation, to such a point that he always kept in his bedroom, at his Coyoacan home, one of the first paintings of that tendency. *The alarm clock*, of 1914.

ABOUT THE GENERAL PROGRAM OF A HOSPITAL OF THE IMSS

by Enrique Yañez de la Fuente, architect

15

"The running of a hospital, rigorous and strict, as consequence of a diligent investigation of the activities which take place there, does not permit any subjective interpretations."

"The project of a hospital begins with the hospitalization units. From the conception one has of these and the solution one gives them, depends to a high degree the success of the whole."

"The hospitalization unit sums up the essential role of the hospital: the lodging of the patients. It is necessary to relate and subordinate clearly to that unit the general services and the auxiliary services of treatment and diagnosis."

"The external medical care may be included or excluded in a hospital program: it is fundamental for the hospitals of the IMSS, but not so for those of the United States."

"The putting to profit of natural conditions of sun and ventilation constitutes one of the parties which are possible in the hospital construction."

"The use of artificial means for achieving a correct temperature or lighting, confers very different characteristics to the projects of hospitals."

"The departments of surgery, obstetrics and emergencies are narrowly interdependent, and since the two latter need indispensably and easy access, it is convenient to locate them on the ground floor."

"The entrances of a hospital ought to be limited, as far as ever possible, to two: one for the external patients, the visitors and the public in general, and the other for the service, for the supply vehicles and for the entrance of patients admitted in ambulances."

"In a hospital project, the cost of the resulting operation is fundamental."

"The fine or expensive finishes represent only an increase of the initial cost of the building."

"The operation costs of the services increase continuously with the excess of ill conceived surfaces or arrangements which oblige to increase the number of personnel."

"The structural design shall take into account the utility to suppress the interior columns, mainly in those buildings which are projected with superposed stories, considering the different dimensions and arrangements of rooms and departments."

CLINIC OF THE OLYMPIC VILLAGE AND PHYSIATRIC UNIT, MEXICO, D. F.

Enrique del Moral, architect

16

Of the two clinics, one is for external medical care for the most common diseases, and the other for the physiatric hydrotherapy, massage, electrotherapy, which are indispensable for taking care of the athletes.

In the majority of these constructions, prefabricated elements of steel and asbestos have been used, but other means have also been employed, as in the case of the latticing made on the spot.

GENERAL HOSPITAL AN TAPACHULA, CHIAPAS WITH 153 BEDS

Joaquín Sánchez Hidalgo, architect

27

The work is composed of three main bodies, one for the offices of the delegation on the site, and the two others constituting the hospital unit itself.

The dimensions and arrangements of the rooms, the relations among them, as well as the installations with which they are equipped, correspond to the operation requirements which have been analysed by the Head Office of Planning and Medical Supervision of the IMSS.

The façades, which received elements protecting against the sun, give an impression of variety and contrast.

GENERAL HOSPITAL AT REYNOSA, TAMAULIPAS, WITH 133 BEDS

Guillermo Ortiz Flores, architect

36

The precautions which are generally taken into account as far as the orientation of the buildings is concerned, lose every meaning when the very extreme climatic conditions make the installation of an air conditioning system indispensable.

The foregoing remark explains essentially the choice of this compact type project.

The hospital consists of a tower which contains the hospitalization units; the ground floor lodges the external medical service as well as the auxiliary services of diagnosis and treatment, and the general services are to be found in the basement.

GENERAL HOSPITAL AT CIUDAD OBREGON, SONORA, WITH 240 BEDS

Enrique del Moral, architect

41

The project of this hospital shows two main volumes where the author of the architectural design groups the necessities set by the special program of the hospital: hospitalization units, corresponding general services, surgery, obstetrics, emergencies, and on the other hand, the bodies foreseen for external medical care.

In order to protect the facades of the building against the sun, considering that Ciudad Obregón has during the greatest part of the year a hot climate, the architect introduced a cantilever which translates in concrete and generally modern forms the old tentlike curtains usually used in the architectural realizations of the mediterranean area.

uia informations



DEL NUMERO 43-44 OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 1968. U.I.A.

2. CONCURSOS APROBADOS POR LA U.I.A.

2. 1. Proyecto piloto para la vivienda económica — Perú.

Dentro del marco del "Proyecto Experimental de la Vivienda" en el Perú, el gobierno de dicho país y las Naciones Unidas han lanzado una convocatoria para un concurso internacional (Centro de la Habitación, Construcción y Planificación) con el objeto de reunir ideas sobre el concepto y la construcción de una unidad de 1,500 viviendas de tipo económico en Lima.

El concurso se compone de dos partes:
—concurso abierto a los arquitectos del Perú, y
—concurso por invitación de 12 arquitectos extranjeros.

Las dos partes del concurso se llevarán a cabo simultáneamente y un jurado internacional seleccionará seis proyectos (tres en cada categoría).

2. 2. Centro de Producción de Televisión Túnez, Túnez.

Los participantes han tenido la oportunidad de solicitar informes a los organizadores hasta el 15 de octubre. Se contestará a todos los candidatos inscritos.

Fecha límite para el envío de proyectos: 28 de febrero de 1969; para la recepción de proyectos: 15 de marzo de 1969.

2. 3. Sede de la A.I.E.A. y de la U.N.I. D.O. — Viena, Austria.

El Departamento Federal de Técnica y Construcción de Viena organiza un concurso internacional de arquitectura para la construcción de un Centro de Organismos Internacionales y de un Centro de Conferencias en dicha ciudad.

Requisitos:

Todos los arquitectos interesados podrán participar en dicho concurso. Deberán proporcionar un comprobante de la Sociedad de Arquitectos o de la organización profesional de su país. Se hará un depósito de \$100 (2,500 shillings austríacos) que se reembolsará a los interesados que presenten un proyecto completo en el concurso.

Miembros del Jurado:

J. Kizisch (Viena), J. Novotny (Praga), F. Schuster (Graz), A. Seda (Viena), H. Siren (Helsinki), Sir B. Spence (Londres) y P. Vago (U.I.A.).

Premios:

1er. premio: SA 500,000	\$ 20,000
2do. premio: SA 450,000	\$ 17,000
3er. premio: SA 350,000	\$ 14,000
4to. premio: SA 250,000	\$ 11,000
Cinco premios de: SA 150,000	\$ 5,500

Ejecución:

Aquel que ocupe el primer lugar en el concurso se encargará de la ejecución de los trabajos de planificación.

En caso de que el organizador no confíe al ganador del primer premio la ejecución de su proyecto este recibirá una indemnización correspondiente al monto total de los premios (2,300.000 shillings austríacos) conforme a los reglamentos de la U.I.A.

Derechos:

El proyecto del primer premio será propiedad del organizador. La compra eventual de otros proyectos queda sujeta a un arreglo particular con el autor.

Fechas:

Cierre de inscripciones	31 Dic. 1968.
Solicitud de datos	15 Ene. 1969.
Contestación	15 Feb. 1969.
Envío de proyectos	30 Abr. 1969.
Recepción de proyectos	15 May. 1969.
Reunión de Jurado	Jun.-Jul. 1969.
Exposición abierta al público	Jul.-Ago. 1969.

Inscripciones e información:

Ziviltechnikerteam für den internationalen Wettbewerb Amtssitz Internationaler Organisationen und Konferenzzentrum in Wien.

Marc Aurel-Strasse 2a/30, A-1010 Wien, Austria.

2. 4. Organización del Centro de Turismo y Recreo en Como, Italia, y sus alrededores.

La Cámara de Comercio, Industria, Artesanía y Agricultura de Como, organiza este concurso internacional de ideas de carácter público y anónimo.

Objetivo del Concurso:

Organización del Centro de Turismo y Recreo en Como y sus alrededores.

Jurado:

Presidente: Pietro Baragiola (Presidente de la Cámara de Comercio, sin derecho a voto); Lino Gelpi (Como); Pierre Vago (U.I.A.); Giulio Minoletti (Roma); Walter Gropius (Nueva York); Adolf Cibo-

rowski (Varsovia); Leon Stynen (Amberes).

Premios:

Se reserva una suma global de... 20,000,000 Litt. para los premios. Dicha suma se repartirá entre los tres primeros proyectos que se elijan.

Inscripción del	15 Oct. 1968.
al	15 Dic. 1968.
Solicitud de datos	30 Ene. 1969.
Contestación	2 Mar. 1969.
Envío de proyectos	15 Jun. 1969.
Recepción	15 Jul. 1969.
Reunión del jurado	1 al 15 Sep. 1969.
Exposición de proyectos	25 Sep. 1969.

Informes e inscripciones:

F. Nappi, Cámara de Comercio de Como, Via Parini 16, Como. La documentación se envía gratuitamente.

2. 5. Organización turística de Side, Turquía.

Este concurso internacional anónimo organizado por el Departamento de Turismo e Información de Turquía queda a arquitectos y urbanistas de cualquier nacionalidad que antes del 3 de febrero de 1969 deberán completar una "ficha de identidad" con su cédula profesional o la organización profesional a la cual pertenecan.

Jurado:

A. Akoura (Ankara), K. Aru (Istanbul), G. Astengo (Torino), Berksan (Ankara), G. Candilis (París), M. Ecochard (París), Y. Gurer (Ankara), Johnson Marshale (Edinburgo) y M. Saugey (Ginebra).

Premios:

1er. premio:	100,000 Libras Turcas
2do. premio:	80,000 Libras Turcas
3er. premio:	60,000 Libras Turcas
4to. premio:	40,000 Libras Turcas

Fechas:

Iniciación del concurso	2 Dic. 1968.
Clausura de inscripciones	3 Feb. 1969.
Respuestas a solicitudes de datos	17 Mar. 1969.
Envío de proyectos	16 Jun. 1969.
Recepción de proyectos	4 Jul. 1969.
Reunión del Jurado (a partir del)	16 Jul. 1969.

Ejecución:

El Departamento de Turismo y el ganador del primer premio firmarán un contrato cuyas cláusulas se fijarán a la clausura del concurso.

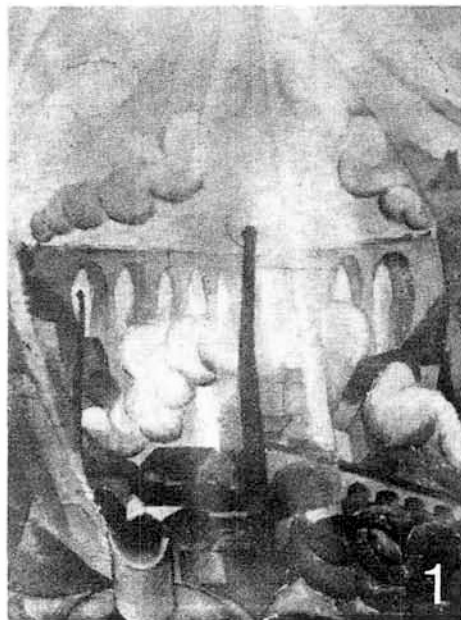
Inscripciones e información:

Turizm Ve Tanitma Bakanligi—Fiziksel Planlama Müdürlüğü — Gazi Mustafa Kemal Bulvarı No. 33/8 — Maltepe — Ankara, Turquía.

El XII Congreso Mundial de Pediatría, celebrado del 1o. al 7 de diciembre último en la Unidad de Congresos del Centro Médico de la ciudad de México, estuvo acompañado de un programa cultural variado y de alta calidad. Fue todo lo económico que hacía falta para no distraer a los congresistas de sus tareas científicas, y de una selección tal que permitía obtener un panorama cierto de la riqueza y variedad de la cultura mexicana. Esto se debió a una rigurosa selección para integrar cada uno de los capítulos. Baste mencionar que en la sección de arte mexicano del siglo XX Diego Rivera estaba representado por siete de los mejores cuadros cubistas que pintó entre 1913 y 1917, y que prestó el coleccionista Alvar Carrillo Gil. Cinco pinturas de 1916: **El pintor en reposo**, **Angelina embarazada** (realizado en el mes de agosto y que aquí figuraba con el título de **Muejr en verde**), **Retrato del poeta Maximilien Volochine**, **Retrato de un poeta**, **El arquitecto**. Los de 1917 eran: **Mujer sentada en butaca** y **Angelina con su hijo Diego** (que fue presentado con el título de **Maternidad**). Los títulos genéricos les quitaban a esas pinturas el componente autobiográfico, de un valor muy emotivo y hasta simbólico para quienes conocen algunos detalles de la vida del artista. La modelo más frecuente para el Rivera cubista fue su mujer de aquellos años: la pintora y grabadora rusa Angelina Beloff, con quien compartió sus años parisinos. Angelina le dio a Rivera un hijo que llevó su nombre y que hoy tendría 51 años de edad, pero que murió en 1918. Bertram D. Wolfe, el biógrafo de Rivera, relata estos hechos. "Durante el curso del crudo invierno de 1918, Diego, Angelina y su hijo recién nacido —dice— pasaron por amargos días de frío y hambre. Era imposible obtener combustible, lo mismo leche, y a menudo alimento de cualquier clase. El agua se congelaba en las cañerías; después el sistema municipal de bombas no pudo continuar por falta de carbón para mover las maquinarias. Diego y Angelina podían soportar esto, pero fue demasiado para la pequeña criatura: murió antes de terminar el año, fue una de las innumerables y no contadas víctimas de la guerra. Con su muerte se destruyó uno de los lazos que unían a Diego con Francia".

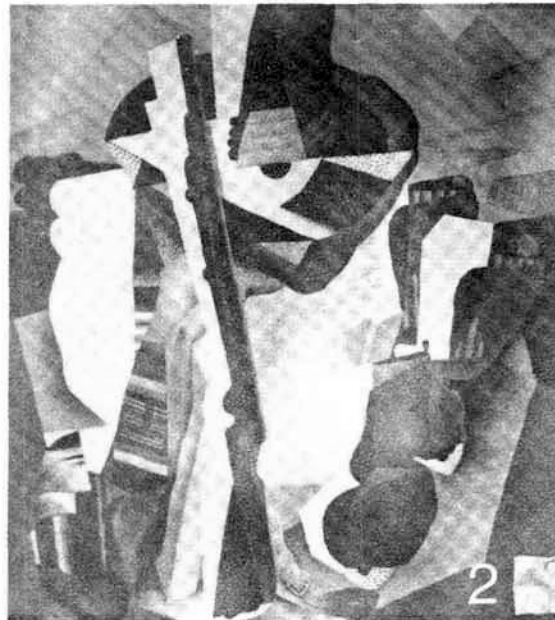
Las siete obras que fueron mostradas en el Centro Médico descubren a un Rivera que dominaba ya con gran sutileza de oficio y con un impulso creador personal ese lenguaje pictórico que algunos jóvenes pintores de Francia y de España habían inventado hacia 1907. Rivera guardó siempre un gran afecto —nada nostálgico— por su época cubista pues la consideraba la más importante de su etapa formativa, al punto que una de sus pinturas tempranas dentro de esta tendencia —**El reloj despertador**, de 1914— adornó siempre su recámara en la casa de Coyoacán.

Sobre los cuadros que Braque había presentado al Salón de Otoño de 1908 el crítico Louis Vauxcelles escribió: "Maltrata las formas, reduce todo: lugares, figuras, casas a esquemas geométricos, a cubos". Lo de "cubos" pegó y, a quienes practicaban ese estilo se les denominó cubistas. La primera colectiva de cubistas se vio en el Salón de los Independientes en 1911. Rivera quedó afiliado a la co-



rriente con la exposición que presentó del 21 de abril al 6 de mayo de 1914 en la **Galerie B. Weill** de París, cuyo dueño, que se vanagloriaba de dar oportunidad a talentos desconocidos, decía en el catálogo: "Presentamos aquí a los **Amateurs de Jeunes** al mexicano Diego M. Rivera, a quien han tentado las investigaciones del cubismo". Pero los **Amateurs de Jeunes** en tanto historiadores del cubismo —con excepción del español Ramón Gómez de la Serna— todavía no se han dado por enterados de la presentación; Rivera no cuenta para ellos entre los cubistas dignos de ser tomados en cuenta. ¿Ignorancia? ¿Soberbia? ¿Chauvinismo europeo? Seguramente un poco de todo y bastante mezclado. Pero aún es tiempo de llenar ese vacío en el balance final del cubismo; aunque para hacerlo no sería aconsejable entrar por esa puerta orgullosa y mezquina a la vez que es París sino que resultaría más adecuado situarse en la mejor y más seria antesala de la divulgación mundial de todas las corrientes, o sea, en el museo de arte moderno de Amsterdam, el **Stedelijk Museum**. Quizás entonces, con una amplia y muy analítica retrospectiva de la obra riveriana, se lograría que investigadores tan serios como el italiano Mario de Micheli, en libran tan importantes como **Las vanguardias artísticas del siglo XX**, escrito en 1960, no se olvidaran le consideraran al Rivera cubista, como tampoco tendrían que olvidar al Orozco expresionista.

Al estudiar esa particular etapa de la producción de Rivera, el biógrafo Bertram D. Wolfe comenta: "Durante 1915 y gran parte de 1916 llevó más adelante aún sus experimentos con los recursos técnicos de su arte, pintando con cera en lugar de óleo, sobre corcho prensado en lugar de lienzo, usando una especie de estuco sobre algunas de sus telas para dar aspereza y el contraste de los tejidos". Son perceptibles por cierto las influencias que sobre el mexicano tuvieron Delaunay y Picasso, a quien siempre Rivera llamó "mi maestro"; pero al volver hoy a ver los siete cuadros que se expusieron en el Centro Médico hay que reconocer que no exageró Ramón Gómez de la Serna cuando entre los ismos derivados del cubismo, o conviviendo dentro de su variada unidad, distinguió el capítulo del riverismo.



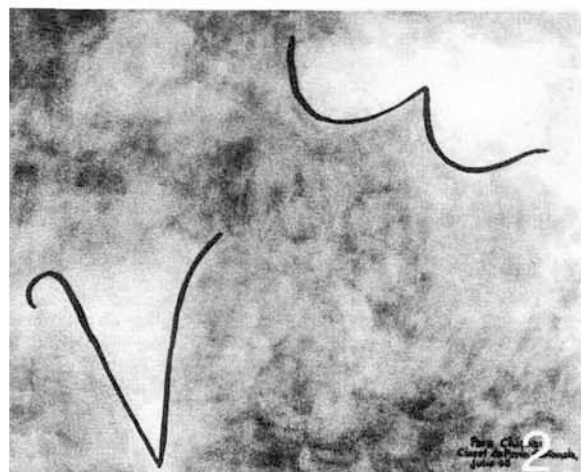
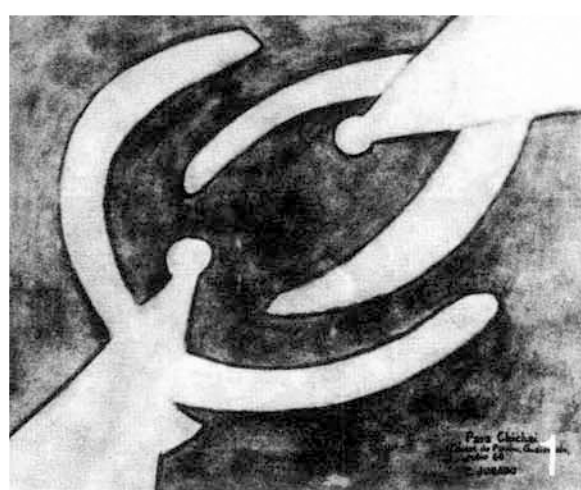
1
El Viaducto. 1913. Diego Rivera.

2
Paisaje Zapatista. 1915. Diego Rivera.

**Sección de Artes Plásticas
Por Raquel Tíbol**



**cubistas
de
rivera
en el
congreso
de
pediatría**



sobre el amor desde la cárcel

Carlos Jurado, pintor, grabador, muralista, maestro de artes plásticas, dibujante de materiales educativos para centros dependientes del Instituto Nacional Indigenista, 42 años, formado en la Escuela de Pintura y Escultura de la Secretaría de Educación Pública ("La Esmeralda"), presentó del 22 al 30 de noviembre una serie de dibujos acuarelados o coloreados a lápiz en el Salón de la Plástica Mexicana, y algunos pocos de trazo limpio. El conjunto se caracterizaba por una extrema y penetrante delicadeza, un medio tono de intimidad, páginas de una larga carta de amor dibujada para su mujer, Chichai, en la granja penal Pavón, de Fraijanes, Guatemala, donde el artista mexicano estuvo recluido de abril a octubre de este año.

En la evolución de Carlos Jurado hay un desarrollo hacia el despojamiento, que se origina en una conciente o inconciente identificación con artistas como María Izquierdo y Rufino Tamayo, e inclusive con Henri Rousseau, el Aduanero.

Hace más de diez años, cuando estuvo en el Taller de Gráfica Popular, sus grabados que representaban tipos de las clases pobres, poseían un verismo fuerte, apoyado en una voluntad de depuración

del lenguaje. Cuando en 1963 pintó un mural en la Biblioteca del Instituto de Superación Educacional en el Ministerio de Educación, en La Habana, Cuba, un encausamiento hacia lo *naïf* se había hecho evidente, aunque el contenido de la pintura era didáctico-social. El surrealismo ingenuo fue impregnando después toda la intención de su obra, a la vez que su paleta se volvía más suave y apretada: caballitos voladores, leones bondadosos, querubines picarescos comenzaron a existir en la superficie de sus cuadros.

En la cárcel de Pavón Jurado pudo pintar gracias a la ayuda que le brindaron algunos funcionarios de la Embajada Mexicana en Guatemala; ellos le facilitaron lápices, carboncillos y acuarelas. Casi todos los dibujos están hechos en papel de cartas, fueron trabajados aprovechando la luz de la litera alta de la celda de reclusión durante tres o cuatro horas de cada día.

—¿Por qué estando preso y en condiciones tan malas nada más has pintado el amor? —le pregunto.

Jurado me responde: "Yo no he podido precisar dónde empieza a funcionar el arte como protesta. Yo estaba preso en malas condiciones y creí que mis dibujos para Chichai constituían una forma modesta de luchar también, porque todos ellos expresaban lo contrapuesto a lo que yo estaba viviendo".

El amor de la pareja, de la ternura a lo erótico, es el asunto de estos dibujos que transcurren desde lo naturalista a lo simbólico, predominando siempre el signo de lo masculino y lo femenino que en la realidad o en el sueño tienden a enlazarse. La sinceridad-necesidad acentúa el impacto emocional.

gironella ilustra un acerto de gómez de la serna

En su ensayo biográfico sobre **Don Diego Velázquez**, escrito antes de 1940, el escritor español Ramón Gómez de la Serna refiriéndose al pintor de **Las Meninas** decía: "No desdeñó ningún elemento de la pintura, y se podría decir que fue la paleta más amplia que se conoce". Pero poco después agregaba: "Se podría comparar a Velázquez con una gran cámara

fotográfica, que hubiese sido precursora de las fotografías en color. Eso mismo, pero con un elemento de genialidad que no tiene la placa más moderna... Estudio, atelier, alta galería de fotógrafo supremo". Y sobre el cuadro **Las Meninas** el autor de **las Greguerías** comenta: "Es esta tela la paradoja pictórica por excelencia. En el escenario está el público y el dramaturgo en pleno drama estático y expectante, mientras en la sala están los personajes que debían estar en el escenario, los que se consumen en la acción. Por eso Eleonora Duse exclamó al ver este cuadro: '¡Qué teatro más real!'. Velázquez ha entornado las contrapuestas de los altos balcones —preparando un juego de postigos, como fotógrafo que quiere hacer su mejor grupo—, y como lo que va a pintar —el supuesto cuadro lleno de luz de la pareja real va a estar en el foco claro de los balcones abiertos —los que no se ven—, parece haberse metido bajo el lienzo o saco del retratista para atisbar la luz de plata del otro hemisferio, pues prepara un cuadro inaudito en que estará coordinado lo imposible, los dos hemisferios del espectador, por primera vez dentro del lienzo, y el de los representados, aunque constatado dentro del lienzo, también, gracias al indiscreto espejo que recoge la luz del amanecer del remoto hemisferio".

Ahora Alberto Gironella presenta en la Galería Juan Martín una exposición titulada **Camera Obscura** que ilustra a plenitud estos conceptos. Se antoja pensar que con esta exposición culmina una búsqueda insistente, casi sobada, aunque analítica y sugestivamente diseccionadora. Ya no habría más que decir sobre este tema del mejor realismo pictórico español, cuyo más completo creador fue Diego Velázquez. Pero como frases avanzadas de un discurso que fue iniciado hace diez años, estos cuadros de ahora, con adiciones de viejas cámaras fotográficas sobre las evocaciones difusas de pinturas velasquianas, son más elocuentes, más interesantes, más importantes que todo lo anterior que en grabado, dibujo, collage, neodadaísmo y pintura hizo Alberto Gironella. Aunque no he podido dejar de pensar si la similitud de conceptos con el escritor Gómez de la Serna ha sido casual o voluntaria. De todas maneras creo que al filósofo don Ramón le hubiera gustado esta manera de corporizar ideas que siendo originalmente suyas pudieron brotar en la imaginación de otro creador.

1

Para Chichai. 1968. Carlos Jurado.

2

Para Chichai.

3

Diego Velázquez. 1968. Alberto Gironella.

4

Cámara Oscura.

5

Diego Velázquez. 1968. Alberto Gironella.

el arte y el movimiento estudiantil en europa

El crítico italiano Antonio Del Guercio (*Rinascita*, Roma, 18 de octubre de 1968) considera que el movimiento estudiantil está incidiendo en algunos aspectos de la producción artística europea, fenómeno que abarca diversas generaciones, tendencias y personalidades que actúan en una situación tan amplia como diversa. Del Guercio se apresura a señalar que esta incidencia tiene manifestaciones superficiales y epidérmicas, por ejemplo: una temática de oposición expresada por medio de una estructura que no resulta funcional para esta temática. Pero hay expresiones o frutos más intensos, en los cuales no sólo se contempla el contenido externo, la crónica de los hechos que se imponen a la conciencia creativa contemporánea. Uno de los primeros frutos del movimiento estudiantil en Europa, para el árbol de las artes plásticas, fue una especie de **dadaísmo de izquierda** (que se dio especialmente en Alemania) el cual tomaba como sujeto la realidad plástica de la masa; una masa que manifiesta políticamente, que marcha, que se reúne, que acude; y la obra artística era tanto más compleja cuando el escultor o el pintor habían reaccionado más profundamente con respecto al movimiento estudiantil. Capítulo aparte merece la obra gráfica hecha por muchísimos artistas en Francia, sobre todo en los días en que el movimiento estudiantil inició una gran campaña económica. Del Guercio recuerda con especial entusiasmo el manifiesto de mayo de los escultores franceses. La máxima dificultad para juzgar las obras frescas aún de este período es, según el crítico italiano, poder ver el tema, o los agrupamientos de temas, al mismo tiempo que el aporte personal de los artistas dentro de un nuevo marco de motivaciones, haciendo a un lado la división generacional que ahora resulta inoperante.

Y el subrayar la cuestión de las generaciones de artistas viene al caso porque según Del Guercio uno de los mejores ejemplos del apéndice plástico del movimiento estudiantil en Europa lo ofrece el gran cuadro de Renato Guttuso: **Periódico mural: mayo 1968**, que fue expuesto por primera vez en Darmstadt, República Federal Alemana, en la exposición **Menschenbilder**. Seguramente el artista italiano eligió una exposición alemana para dar a conocer su pintura de 2.7 x 4.75 metros como un gusto de retribución a



los estudiantes alemanes, con quienes se había reunido en la Academia de Bellas Artes de Hamburgo, en encuentros que tuvieron una gran vivacidad. Según Guttuso lo que él ha hecho no es propiamente una pintura sino algo semejante a "una acción", un periódico mural en el sentido que lo entendía Vladimiro Mayacovsky, resuelto no de acuerdo con el estilo del poeta ruso sino con su método.

La obra está concebida en varios planos plásticos y simbólicos que se entrelazan apretadamente. A primera vista el **Periódico mural** ofrece relatos de fácil lectura que devienen en elementos metafóricos a medida que el espectador comienza a relacionar las partes. Así, por ejemplo, se ve la imagen del Che Guevara muerto en un Vietnam que no es Vietnam sino el cemento cristalizado de las ciudades alemanas de la posguerra. Pero dentro de esta imagen activa y descriptiva hay otro elemento que se impone al observador: los cuerpos y las cosas aparecen como suspendidos, fijados en un tiempo que se ha detenido, impregnados de un rencor también inmóvil, de tal manera que el cuadro produce, sin dejar de expresar su tema político, un asombro metafísico. En primer plano el ejército de los policías pertrechados cual futuristas guerreros medievales y la cadena de los brazos de los estudiantes que en cierta forma los envuelve. Por el agrupamiento de elementos se produce una especie de transfiguración óptico-mental en que la barricada degenera ante la hemorragia de objetos de consumo, dispuestos en diversas áreas del cuadro, teniendo como fondo un cielo desgarrado. Puede decirse que en su **Periódico mural, mayo 1968** Guttuso no da una opinión cerrada, sino más bien plantea un interrogante; justamente sitúa las cosas y los seres de su crónica en situación tal que logra hacer emerger la pregunta y activar la inquietud del observador por hallar la respuesta, de ahí que el acto de percepción se prolongue en el tiempo y sutilice los vasos comunicantes entre el artista y el público. Intelectual individualizado, Guttuso logra en su obra expresar ideología y autobiografía simultáneamente; en consecuencia, no trata de imponer su criterio sobre el movimiento estudiantil sino de hacer convivir otros criterios con los que, de hecho, entra en polémica. Expresa su compromiso y sus principios aunque de un modo novedosamente antidogmático.

los nueve pintores de Juan García Ponce

En una muy buena edición de ERA apareció hace poco el libro **Nueve pinto-**

res mexicanos, con textos de Juan García Ponce, fotografías de las pinturas de Crispín Vázquez, retratos de los artistas del fotógrafo Héctor García y un diseño muy limpio y adecuado al sentido del libro, que no lleva crédito, aunque suponemos se debe a Vicente Rojo. Los nueve artistas, enumerados en el orden como se les sitúa en el libro, son: Manuel Felguérez, Alberto Gironella, Lilia Carrillo, Vicente Rojo, Roger Von Gunten, Fernando García Ponce, Gabriel Ramírez, Francisco Corzas y Arnaldo Coen. A cada uno se le ha dedicado 1.75 página de texto, una foto de su persona que de alguna manera se relaciona con el carácter del individuo y de su obra, una reproducción a color, seis reproducciones en blanco y negro y al final una ficha muy breve de cada uno. La medida de la edición se compagina con la medida de los textos de 1.75 de tamaño que a cada artista dedicó Juan García Ponce, a quien también se debe una introducción de la misma longitud. Los escritos, de estilo muy pulcro y de sentido muy literario, se ven empañados en su sentido crítico por el chaleco de signo positivo, no siempre entusiasta y a veces un tanto cuanto publicitario, que JGP le calza a los nueve pintores que él dice haber elegido guiado sólo por su sensibilidad, aunque los nueve sean manejados casualmente por la Galería Juan Martín. Creo que la limpieza que priva en todos los aspectos de este libro hubiera quedado subrayada si de alguna manera se hubiera señalado este detalle accesorio, sí, pero que hay que tomar en cuenta para juzgar una empresa en la que el escritor ha sido sólo una parte. En vez de justificar de esta manera cierta y concreta el agrupamiento de personalidades muy desemejantes en tendencia y calidad, JGP aclara: "Mi libro es un libro voluntariamente fragmentario, en el que cada artista es visto como una isla unida a las demás sólo por la corriente común del mar de la pintura en el que existe". (En vez "del mar de la pintura" debió decirse: el lago de Juan Martín). Y más adelante agrega: "Mi propia libertad, mi propio gusto, ha determinado la elección de los pintores incluidos en este libro".

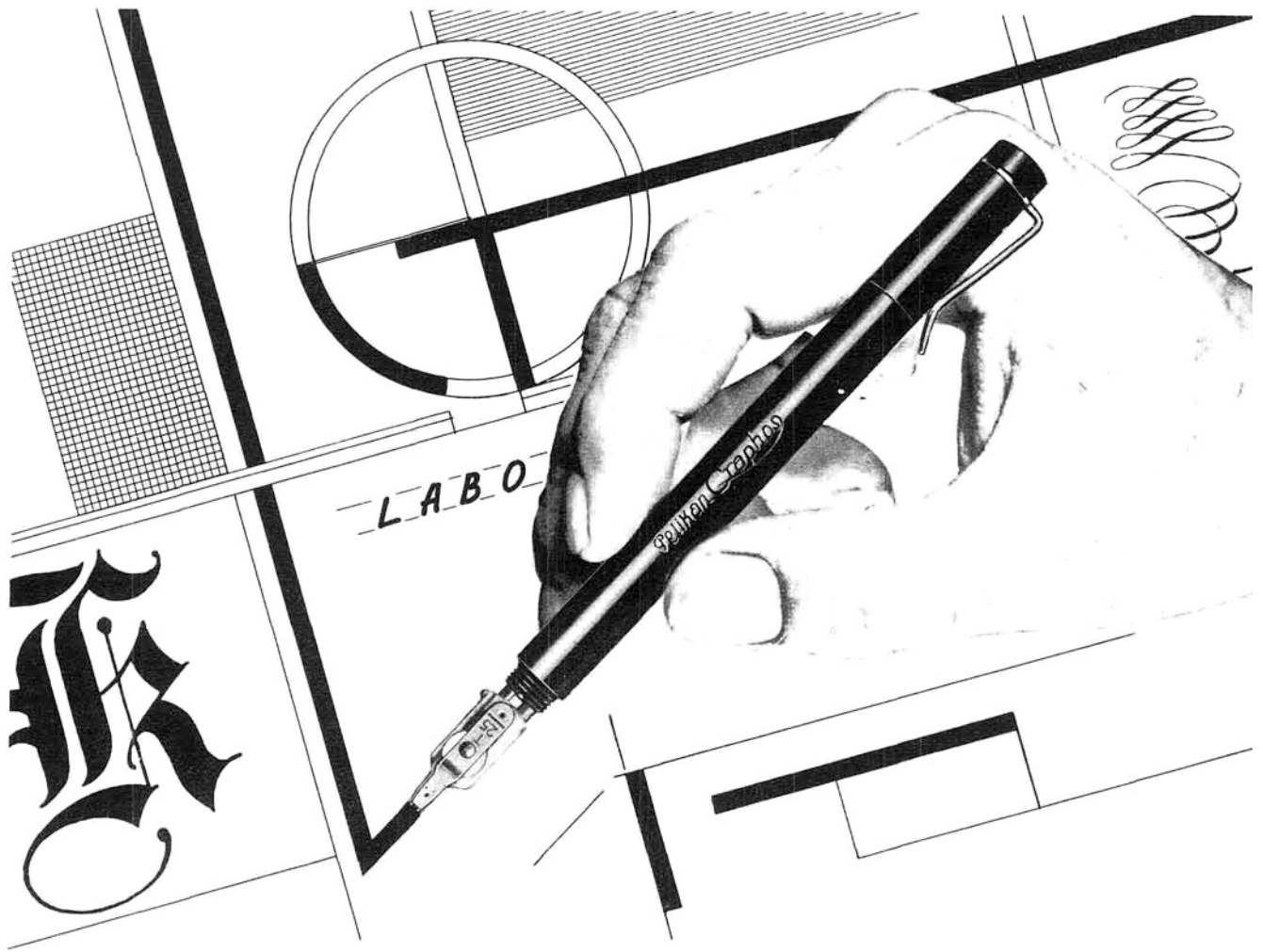
Campea en los nueve ensayos breves un concepto expresado en el prólogo. "Me parece —dice JGP— que la diferencia entre el artista contemporáneo y el artista de otras épocas se encuentra precisamente en que no son la cultura ni la tradición las que ofrecen una posibilidad de continuidad, sino la conciencia de su historia y la necesidad de romper con ella seguir haciéndola posible. Sólo así la tradición podrá seguir viva, en vez de convertirse en un objeto muerto, cerrado en sí mismo". Partiendo de este criterio, no puede extrañar al lector que uno de los artículos que entrelínea mayor entusiasmo sea el dedicado a Alberto Gironella. Mientras que la sinceridad, la efusión o la necesidad parece haber sido sustituida por juegos malabares de frases en el correspondiente a Gabriel Ramírez. De los valores estéticos que se manejan en los nueve capítulos, el de lo natural o la naturaleza, entendido a la manera de Wilhelm Worringer, es el más sólido; mientras que son empleados con inexplicable debilidad los conceptos de lo bello y la belleza.

RAQUEL TIBOL

La Reina Mariana. Gironella.



Juan García Ponce.



Ponga en su Trabajo el Sello **Profesional**

Los hombres que proyectan las grandes obras en el mundo, usan siempre "GRAPHOS PELIKAN". Los "GRAPHOS PELIKAN", están íntimamente ligados con: la Construcción, la Industria, la Ciencia y la Tecnología, porque les ha servido como utensilio indispensable en la planeación y cristalización de las grandes ideas. Por ello, los más destacados Arquitectos, Ingenieros, Dibujantes y Estudiantes los prefieren.

Pelikan



Graphos

Con 60 plumillas cambiables de diferentes estilos y anchos, usted domina todas las técnicas usando el Graphos PELIKAN.



La Tinta China PELIKAN, se suministra en 18 diferentes tonos de color que pueden mezclarse entre sí.



Para toda clase de trabajo existe una goma de borrar PELIKAN apropiada.

PELIKAN, DE VENTA EN LAS BUENAS CASAS DEL RAMO

Otis



ELEVADORES DE PASAJEROS

ELEVADORES TIPO HOSPITAL

ELEVADORES DE CARGA

ESCALERAS ELECTRICAS

MONTABULTOS

ACERAS MOVILES TRAV-O-LATOR

MODERNIZACIONES

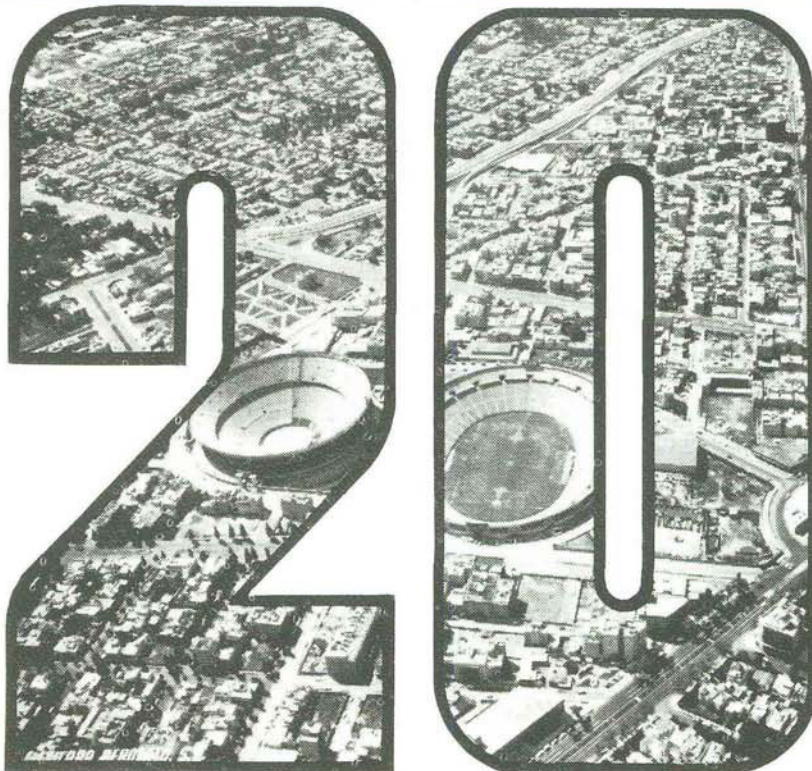
MANTENIMIENTO



Oficinas y Fábrica

Abedules No. 75 Teléfono 47-03-70

**Col. Sta. Ma. Insurgentes
México (4), D. F.**



Portland tipos I, II, III, IV
Sulfaceto, tipo V
(alta resistencia a los sulfatos)
Portland Blanco
Mortero Tolteca
(cemento de albañilería)

**MILLONES DE
TONELADAS
EN OBRAS RESPALDAN
ESTA MARCA**



VEINTE MILLONES de toneladas de cemento producidas desde 1909, garantizan a usted máxima calidad, seguridad y servicio en el empleo de nuestros productos.

**CEMENTO
TOLTECA**

EL CEMENTO DE CALIDAD DE MEXICO
DESDE HACE CINCUENTA Y NUEVE AÑOS

TEL. 15-50-40

ERMEX

SIEMPRE EN LAS MEJORES OBRAS



CELANESE MEXICANA

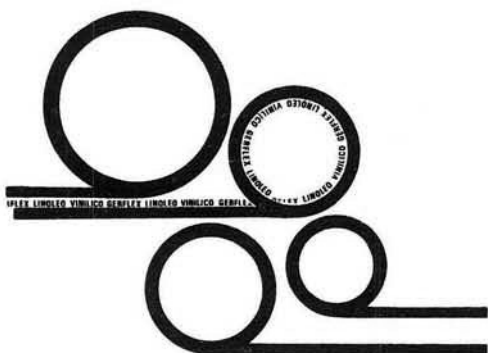
**PISO VINILICO
GERFLEX**

GERFLEX linoleo vinilico.

POLITEX piso integral sin juntas.

VINIFLEX tela para muros y tapiceria.

TEPPILAN recubrimiento de muros integral.



 **ERMEX**

OFICINAS: Romero de Terreros 713 c. Col. del Valle
Tel. 23-91-06 23-49-71 México 12, D. F.
FABRICA: Corregidora 14 Col. Miguel Hidalgo
Tel 73-27-76 Tlalpan, D. F.

Perfiles de frente.



Visto desde cualquier ángulo. De frente.
De perfil. En perspectiva.

La única palabra para describir el aluminio es Alcan.

Desde 1944, Alcan sigue siendo la primera industria de aluminio en México.

La primera en capacidad de producción.

La primera en control de calidad.

La primera en diversificarse al mismo tiempo que usted diseña, proyecta o construye.

Perfiles, tubos, lámina, placa, papel, polvo, pasta. En aluminio, hay una sola calidad: Alcan.

La marca de los mil perfiles... y una sola cara.



El sello de un mundo de experiencia.

ALCAN ALUMINIO, S. A. VENTAS: TEL. 46-91-92



Arq. Enrique Yáñez de la Fuente

"El funcionamiento de un hospital, riguroso y estricto, consecuencia de una investigación acuciosa de las actividades que en él se desarrollan, no da lugar a interpretaciones subjetivas".

"El proyecto de un hospital se inicia en las unidades de hospitalización. Del concepto que de ellas se tenga y de la solución que se les confiera depende en gran medida lo acertado del partido general".

"En la unidad de hospitalización se resume lo esencial del hospital: el alojamiento de los enfermos. Es a ella que deben de estar claramente relacionados y subordinados los servicios generales y los auxiliares de tratamiento y diagnóstico".

"La consulta externa puede o no estar presente en el programa de un hospital: para los hospitales del IMSS es fundamental, pero no para los hospitales norteamericanos".

"El aprovechamiento de las condiciones naturales de asoleamiento y ventilación determinan un tipo de partido en los hospitales".

"El uso de medios artificiales para lograr una correcta iluminación o temperatura, redundan en modalidades muy diferentes en el proyecto de hospitales".

"Los departamentos quirúrgico, tóco-quirúrgico y de urgencias están estrechamente vinculados. En razón del fácil acceso a estos dos últimos, conviene ubicarlos en la planta baja."

"Las entradas a un hospital deben reducirse, si es posible, a dos: una para pacientes externos, visitantes y público en general y otra para servicio, vehículos de aprovisionamiento y entrada de enfermos en ambulancia".

"En el proyecto de un hospital es fundamental el costo de operación resultante".

"Los acabados finos o costosos representan un aumento solamente en el costo inicial del edificio".

"Los costos de operación de los servicios se elevan permanentemente con el exceso de áreas o disposiciones mal concebidas que obligan a un aumento en el personal".

"El diseño estructural tendrá en cuenta la conveniencia de eliminar las columnas interiores, principalmente en los edificios proyectados en pisos superpuestos, dadas las diversas dimensiones y disposiciones de locales y departamentos".

"Los hospitales de concentración para la práctica de la medicina altamente especializada, presentan programas de necesidades que no son tipificables."

La siguiente lista corresponde a las partes o secciones que componen los Hospitales Generales del I.M.S.S. El desarrollo de cada una de ellas depende de la capacidad, que fluctúa por lo general entre 50 a 300 camas.

1.—CONSULTA EXTERNA.—Comprende los locales destinados al examen y consulta de pacientes externos.

- 1.A.—Archivo Clínico.
- 1.B.—Consultorios de Medicina General.
- 1.C.—Consultorios de Especialidades.

2.—AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.—Para servicio de los pacientes de Consulta Externa con posibilidad de servicio a los enfermos internados.

- 2.A.—Rayos X.
- 2.B.—Laboratorios.

respecto al programa general de un hospital del imss.

3.—TRATAMIENTOS.—En el caso de Quirófanos, para pacientes ya internados; en los casos de Toco-cirugía, para enfermas que se internarán en seguida; en el caso de Urgencias pueden internarse a continuación los pacientes o salir del hospital después de su tratamiento; en el caso de Fisioterapia de uso predominante para externos pero en ocasiones también para internos.

- 3.A.—Quirófanos.
- 3.B.—Toco-cirugía.
- 3.C.—Recuperación post-operatoria.
- 3.D.—Urgencias.
- 3.E.—Fisioterapia.

4.—APROVISIONAMIENTOS MEDICOS.—El movimiento principal de la Farmacia es con enfermos externos; el del Banco de Sangre y la Central de Esterilización y Abastos se relaciona principalmente con las secciones de atención de enfermos internos.

- 4.A.—Farmacia.
- 4.B.—Banco de Sangre.
- 4.C.—Central de esterilización y Abastos.

5.—HOSPITALIZACION.—Para el alojamiento de los enfermos internados.

- 5.A.—Medicina y cirugía generales.
- 5.B.—Gineco-Obstetricia.
- 5.C.—Pediatria.
- 5.D.—Terapia Intensiva.

6.—SERVICIOS GENERALES.—Son los servicios de carácter no médico.

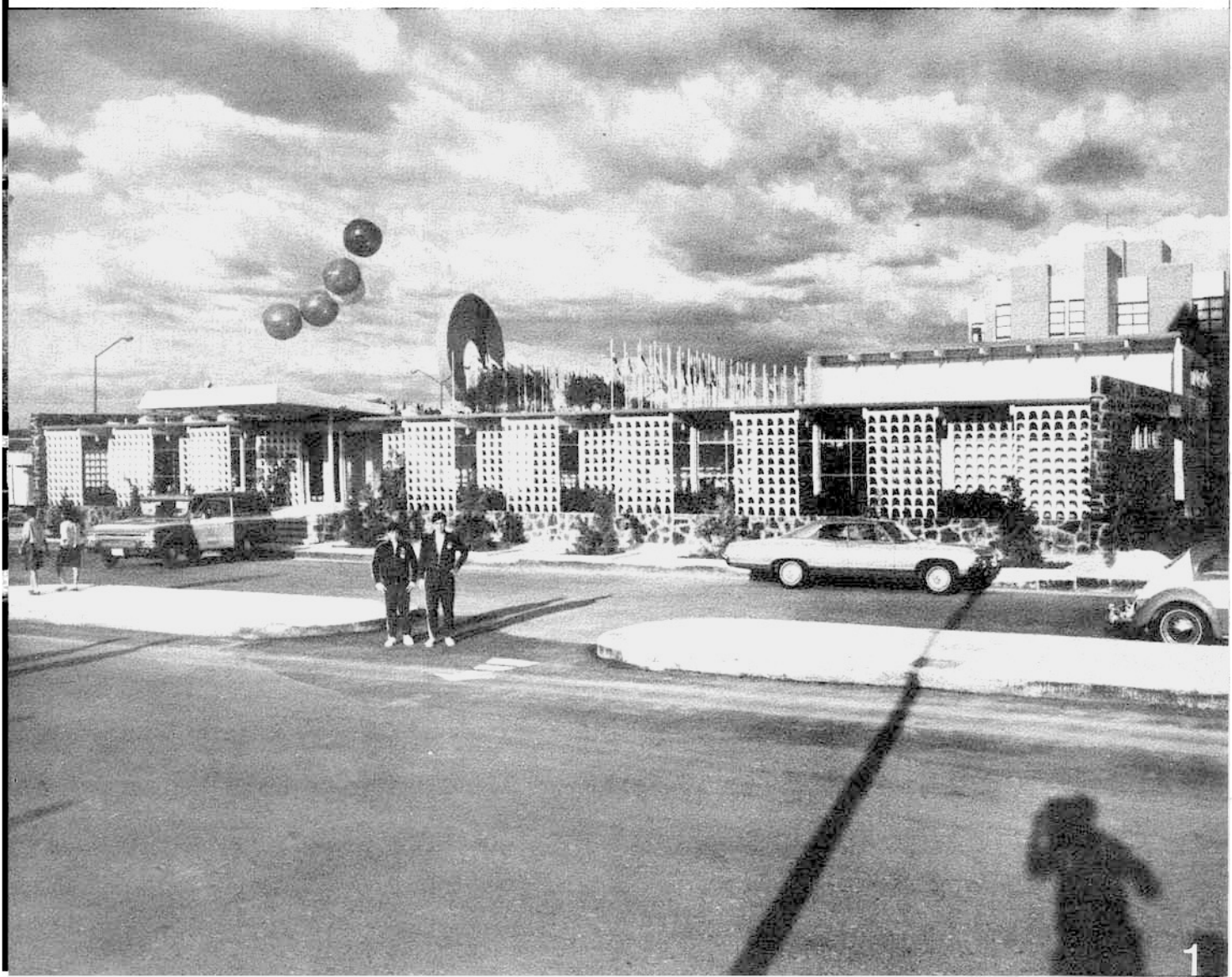
- 6.A.—Cocina y comedor.
- 6.B.—Lavandería.
- 6.C.—Sala de máquinas.
- 6.D.—Vestidores.
- 6.E.—Ambulancias y estacionamientos.

7.—OFICINAS.—Comprende las Oficinas Generales de Gobierno del Hospital.

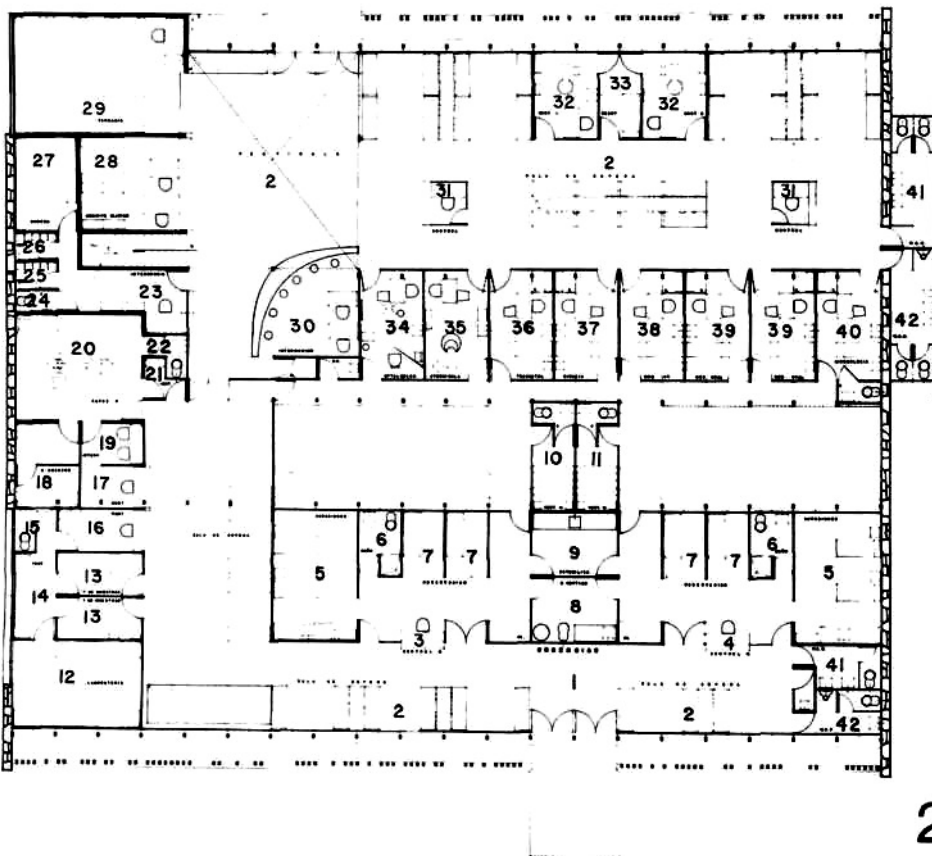
8.—ENSEÑANZA.—Comprende las aulas para reuniones del personal médico y técnico del Hospital y para divulgación de conocimientos convenientes para los pacientes y sus familiares, así como la Biblioteca.

9.—HABITACIONES.—Comprende las habitaciones para el personal de médicos internos, sin familiares.

CLINICA DE LA VILLA OLIMPICA MEXICO, D. F.



Arq. Enrique del Moral.



CLINICA DE LA VILLA OLIMPICA Y
UNIDAD DE FISIATRIA, D. F.

Se trata de dos clínicas, una para la consulta externa de las afecciones más comunes y la otra para el tratamiento fisiátrico de hidroterapia, masoterapia y electroterapia muy requeridos para el cuidado de los atletas.

En la mayor parte de las construcciones se emplearon elementos prefabricados de acero y asbesto, pero también se usaron algunos otros trabajados en el lugar, como las celosías.

2

1

Vista posterior de esta instalación.

2

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA.
VILLA OLIMPICA.

1.—Vestíbulo. 2.—Sala de espera, urgencias. 3.—Control mujeres. 4.—Control hombres. 5.—Curaciones. 6.—Sanitario. 7.—Observación. 8.—Cuarto séptico. 9.—Esterilización. 10.—Baños y vestidores hombres. 11.—Baño y vestidores mujeres. 12.—Laboratorio. 13.—Toma muestras. 14.—Trabajo. 15.—Sanitario laboratorio. 16.—Control laboratorio, rayos X. 17.—Control. 18.—Cuarto obscuro. 19.—Interpretación. 20.—Rayos X. 21.—Vestidor. 22.—Sanitario. 23.—Intendencia. 24.—Sanitario. 25.—Vestíbulo mujeres. 26.—Vestíbulo hombres. 27.—Bodega. 28.—Archivo clínico. 29.—Farmacia. 30.—Información. 31.—Control. 32.—Dental. 33.—Recuperación. 34.—Oftalmología. 35.—Traumatología. 36.—Otorrino. 37.—Cirugía. 38.—Médico. 39.—Medicina general. 40.—Ginecología. 41.—Sanitario público hombres. 42.—Sanitario público mujeres.

3

Vestíbulo principal.

4

El trabajo de control médico en los Juegos Olímpicos fue garantizada por el Seguro Social.

5

Sala de espera de la Clínica.

6

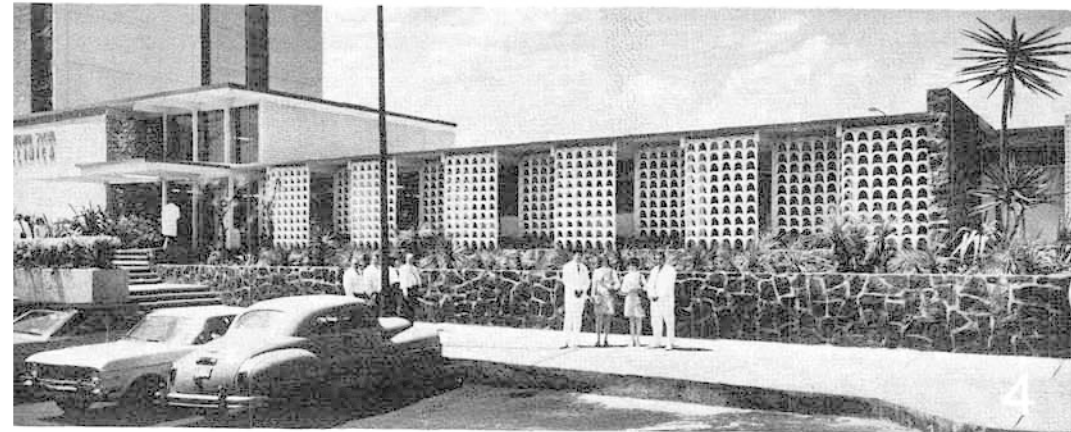
Aspecto de las salas trabajando.

7

Exterior de la Clínica localizada en la Villa Olímpica.



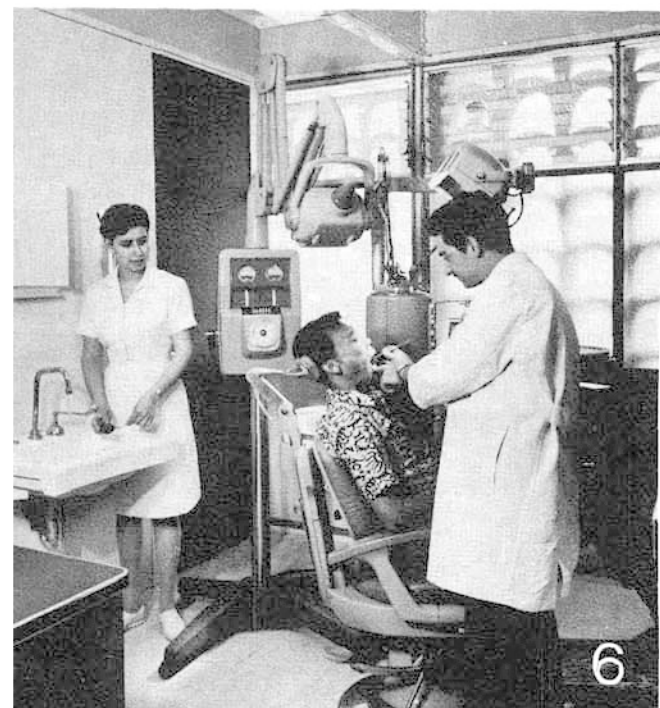
3



4

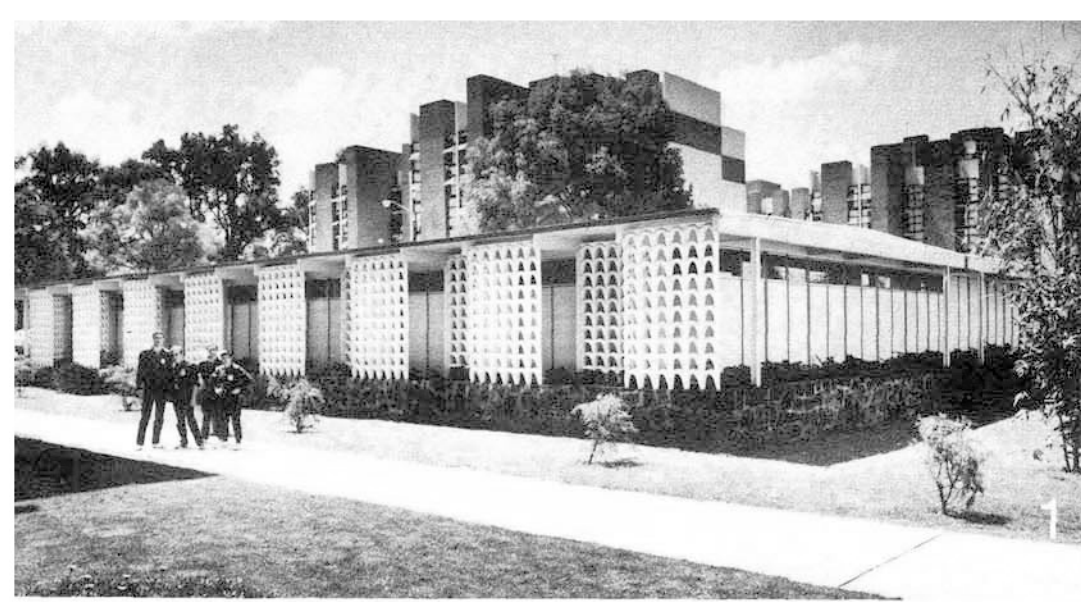


5



6





1

Vista lateral de la obra que sirvió para el servicio de los atletas de los pasados Juegos Olímpicos.

2

Detalle exterior.

3

FISIATRIA
VILLA OLIMPICA, D. F.

1.—Vestibulo. 2.—Sala de espera. 3.—Admisión. 4.—Consultorio. 5.—Sanitarios, 6.—Trabajo de enfermería. 7.—Almacén. 8.—Baño mujeres. 9.—Baño hombres. 10.—Servicios de fisioterapia.

4

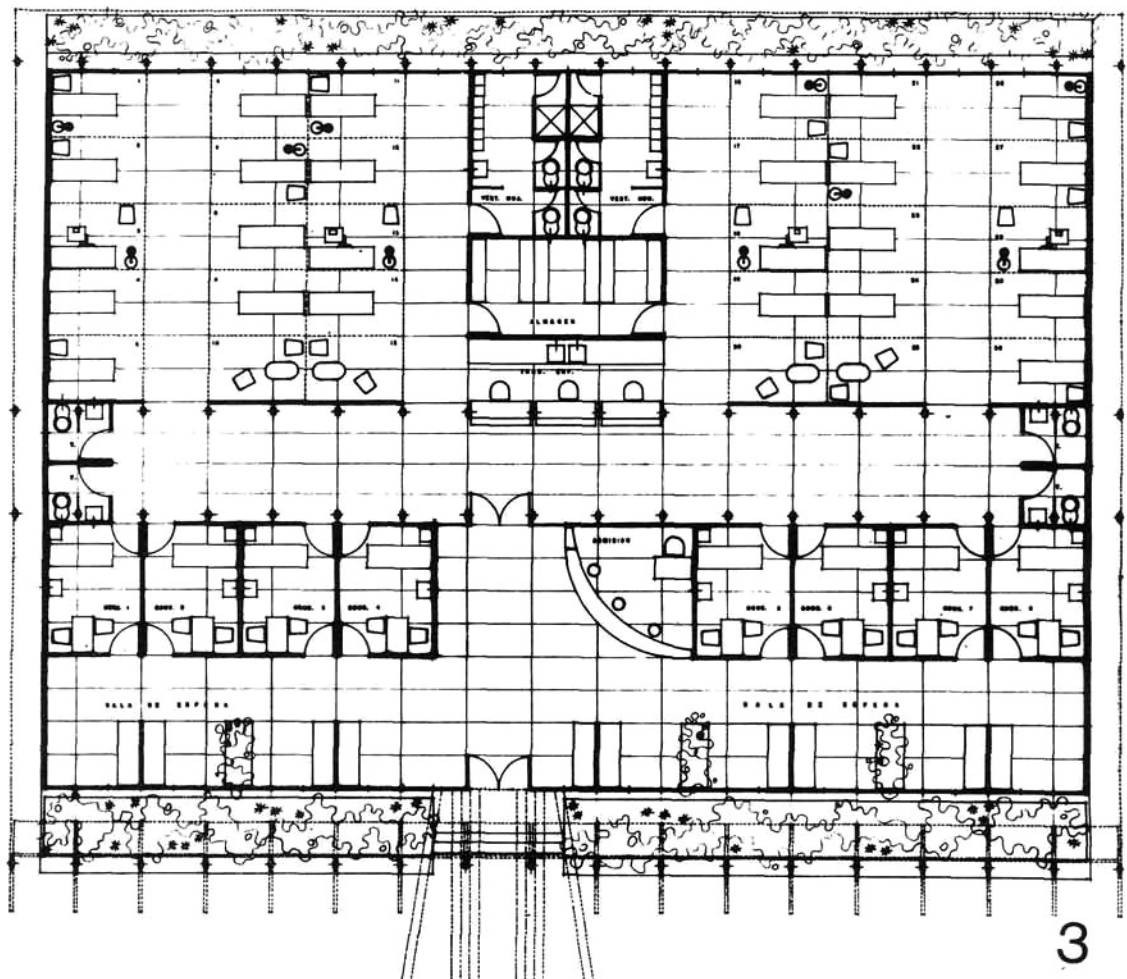
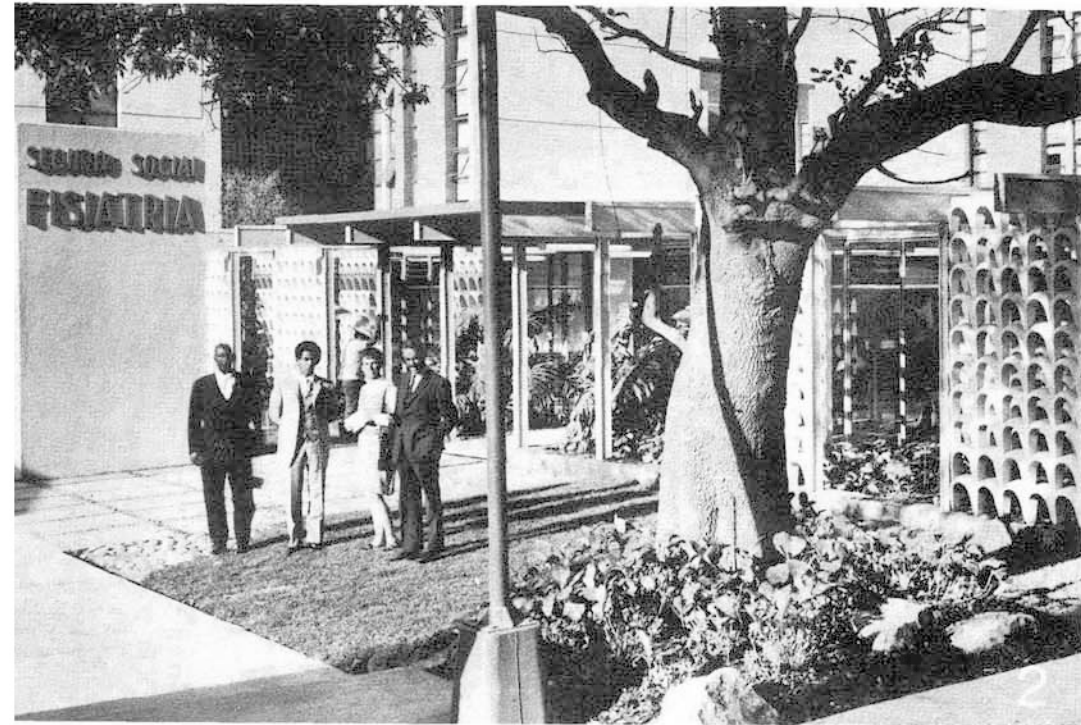
Exterior del edificio

5

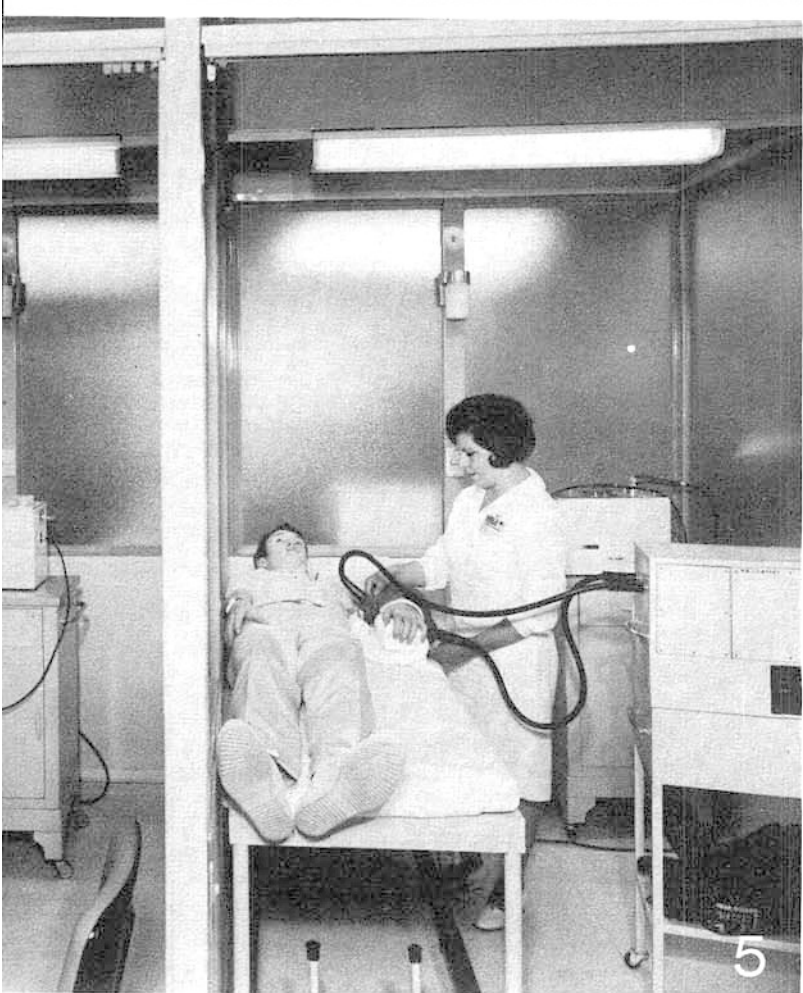
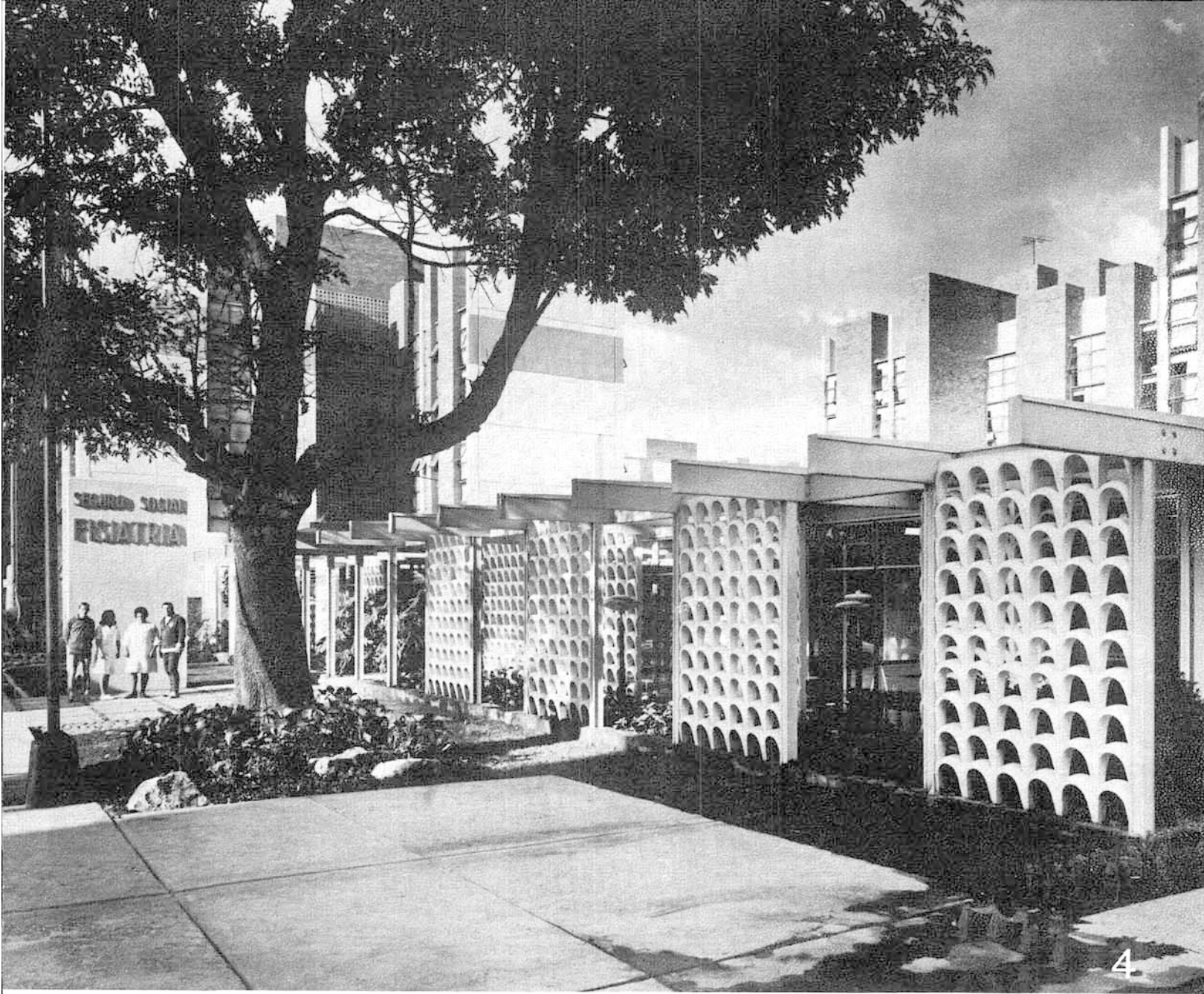
Detalle

6

Interior.



3



la seguridad social y la democracia



por Ramón Vargas Salguero,

Entendida como el conjunto de medidas económicas, sociales y políticas cuyo objetivo fundamental reside en tender un puente que amengüe la progresiva desigualdad entre las clases sociales, la seguridad social es la política económica que mejor clarifica a la democracia: es su meta y se encuentra en su origen mismo, le es tan propia como la libre empresa y ambas, seguridad social y libre empresa se suponen recíprocamente, como el polo positivo y negativo del sistema.

Surgió con el sistema capitalista porque solamente en un momento histórico en que se comprendiera que la desigualdad entre los hombres como entre las clases es un hecho social que obedece a premisas materiales, era posible que surgiera la conciencia de poderla rémediar y que se concibieran los medios adecuados para ello. Ese momento fue el del año 1789, el de la institucionalización del sistema que inició su proceso de acceso al poder y el trastocamiento de las estructuras económicas precedentes desde la etapa del mercantilismo y del surgimiento de la manufactura.

Para épocas en las que la desigualdad era un hecho "natural" y no un problema social, la seguridad social simplemente no era posible. ¿Cómo se podía suponer en la antigüedad que la desigualdad era un problema a resolver si una de sus manifestaciones más brutales, la esclavitud, era una práctica legítima a la que tenía derecho el vencedor en la guerra o el acreedor ante el deudor? Cuando la esclavitud se hizo inoperante por antieconómica y tuvo que ceder el puesto al sistema feudal de producción, también las relaciones entre el señor feudal y el siervo de la gleba se impusieron con toda su desnuda calidad de transacción comercial, en la que el primero le impuso una protección física y el usufructo de la tierra a un siervo, al que si bien ya no podía matar a su antojo, todavía podía vender junto con la tierra misma. El siervo por su parte, quedó obligado a retribuir al señor feudal prestándole una serie de servicios concretizados en el tributo en especie, trabajo o dinero. Estas relaciones económicas tan

simples fueron sublimadas al paso del tiempo y crearon en la conciencia del señor feudal la certeza de que las obligaciones a que comprometió al siervo no se debieron a relaciones de producción precisas, sino que eran la manifestación del orden mismo del universo que la divinidad estructuró de ese modo y no de otro, **per secula seculorum**. Fue entonces cuando el señor feudal se autopostuló divino. Esta inversión de los hechos en la que las ideas se desconectan de la realidad y justifican por medio del derecho, de la filosofía y de la religión la situación privilegiada de quien las sustenta, fueron expresadas no sólo por la clase beneficiada —en quien parece lógico y natural que así suceda— sino también por el esclavo mismo: el legendario **Tío Tom** que aconseja a sus hijos "no desobedecer ni abandonar al amito" es el ejemplo sin par de esa enajenación ideológica, y al mismo tiempo, muestra como el servilismo y la esclavitud pueden degenerar a algunos grupos reducidos creándoles la certeza de que su situación miserable es la ley que rige al mundo.

Para este modo de ver las cosas y dado que a su parecer todo depende de los designios de una voluntad por encima y más allá de la humana, la opresión, la incultura y la pauperización de unos, así como el nivel económico e intelectual superior de los otros, son hechos tan naturales como que —dicen— emanan de la propia naturaleza humana, de la desigualdad innata a los seres humanos; es el correlato obligado a la mayor inteligencia, iniciativa y capacidad de unos hombres respecto de otros. La desigualdad social, económica y política es, desde este punto de vista, el reflejo de la desigualdad natural de los individuos y, en última instancia, el reflejo del orden establecido por la divinidad: el Papa Pío X, por ejemplo, expuso en 1903 lo siguiente: "La sociedad humana, tal como Dios la ha establecido, está compuesta de elementos desiguales. En consecuencia, está de acuerdo con el orden establecido por Dios el que haya en la sociedad humana príncipes y súbditos, patronos y proletarios, ricos y pobres, sabios e ignorantes, nobles y plebeyos".

Según está conciencia detormada, Dios ha favorecido al burgués —y la tesis ha

sido defendida con no poco éxito— con la voluntad, temperancia, sentido del orden, equidad, iniciativa y equilibrio moral que lo llevan naturalmente a colocarse en la cúspide de la pirámide social: es el traslado de la doctrina de la predestinación al dominio de la actividad económica. Para quienes parten de este inmanentismo, de la desigualdad innata en los seres humanos para explicar su desigualdad económica y social, es lógico que todo cuanto cabe hacer para mitigarla, nunca para desterrarla de raíz, es recomendar la práctica de la caridad, la misericordia, la filantropía o el altruismo que se traducirán en la constitución de la asistencia pública o de la beneficencia privada, ya que no siendo la desigualdad producida por los hombres tampoco puede ser solucionada realmente por ellos. Para esta posición metafísica e idealista, la desigualdad (y el elevado índice de mortalidad, de miseria, el ínfimo nivel alimenticio, la falta de habitación, de atención médica, de vestido, de trabajo, son expresiones de desigualdad) es el mal necesario que tienen que sufrir los unos y que a los demás toca tratar de calmar por la vía que no compromete: la limosna. Esta posición ideológica ignora, como el señor Emil Sax, "que entre los obreros la afición a la bebida es, en las circunstancias actuales, un producto necesario de sus condiciones de vida, tan necesario como el tifus, el crimen, los parásitos, el alguacil y otras enfermedades sociales; tan necesario que se puede calcular por anticipado el término medio de borrachos."

UN ERROR DE PRINCIPIO

Muchos historiadores y no pocos comentaristas de la seguridad social suelen citar a las beneficencias, hermandades, montepíos, cofradías y mutualidades como formas anteriores al Seguro Social, aduciendo que su espíritu de ayuda mutua prefiguraría al sistema de la Seguridad Social.

Es un error de principio. El seguro social nada tiene en común con las diversas prácticas asistenciales, caritativas o de ayuda mutua, pretéritas o actuales, procedan de la iniciativa estatal o del capital privado y que en esencia le son tan

diferentes: tan diferentes como contrapuesta es la idea que acepta que el mundo está regido por un cierto "orden natural o divino" de la que afirma a la realidad como producto obligado de antecedentes económicos dados; tan diferente como disímbola es la conciencia que acepta que la desigualdad personal y de clase debe ser enfrentada únicamente mediante el esfuerzo personal individual, único a quien corresponde su solución, de la tesis que exige a la sociedad en conjunto resolver los problemas a que da lugar su propia estructura económica.

En el caso de la beneficencia privada o pública se trata de unas cuantas personas, instituciones y aún el estado mismo, que proporcionan ayuda, pero considerándola siempre no como una obligación que debe ser asentada en el derecho constitucional, sino como una dádiva que puede otorgarse o no según la magnificencia de la buena voluntad personal. Las hermandades, cofradías y mutualidades, por su parte, consideraban también que a cada uno de sus miembros, en lo personal, correspondía la solución de sus problemas de gremio o de casta, ya que no los veían como fenómenos que encontraban su origen en la estructura misma de la sociedad, sino como infortunios individuales. Para ello aportaban una cantidad fija a la congregación del santo patrono a la que se adherían, o a la mutualidad a la que se incorporaban, para tener derecho a ayuda ante la falta de trabajo, ante la enfermedad o ante la muerte.

El trabajo, la asistencia médica, el retiro remunerado no eran derechos inalienables a la persona humana, tal y como se desprenderá de los postulados de igualdad, libertad, propiedad, libertad de trabajo, de conciencia y de culto expuestos por primera vez en la historia de la humanidad en la **Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano**, sino posibilidades con las que se podía contar o no según el caso.

La igualdad y la libertad son los fundamentos sobre los que descansa el sistema democrático que surge históricamente en el siglo XIX. La igualdad, indispensable al estado llano, a la burguesía, en su lucha contra los privilegios de la nobleza y del clero; la libertad, su contraparte, que si bien en un principio lo que perseguía era la libertad para comerciar sin trabas aduanales o requisitos de gremios, pronto se hizo extensiva a la libertad inherente a todo hombre en cuanto tal. "Toda desigualdad establecida por la ley que no sea la consecuencia necesaria del uso del derecho de propiedad o de los diversos grados del talento o del mérito... es una violación directa de la **igualdad originaria** (el subrayado es mío) y, naturalmente, un verdadero atentado a los derechos de la humanidad", decía Condorcet en sus **Essai sur les assemblées provinciales**.

Igualdad y libertad fueron los principios teóricos con que se alumbró la nueva etapa histórica (no fue sino hasta 1848 cuando se postuló la fraternidad), aquella en que ya sería posible exigir del Estado, como representante que se creía que era de toda la sociedad, el cumplimiento de los derechos inalienables de todo individuo. Solo los libres son iguales y los iguales exigen los mismos derechos para todos. Únicamente a una so-

ciudad integrada por hombres libres e iguales es posible exigir la solución social para las carencias que presente cualquiera de ellos, aisladamente o unificados en clases. Al trascender históricamente la concepción metafísica vigente en los sistemas de producción anteriores por ésta que hace a la sociedad responsable de los fenómenos negativos que genera, se sientan las bases que posteriormente permitirán impulsar la protección de las personas, ya no como una gracia que se concede, sino como una obligación que se exige. Diferencia fundamental que distingue al Seguro Social y al Sistema de Seguridad Social de la práctica expresada mediante la caridad, la dádiva o la limosna.

LA REVOLUCION FRANCESA

La institucionalización del sistema democrático en el siglo XIX al afirmar la igualdad originaria de todos los hombres abrió la puerta a la protección del individuo por parte del estado. Pero para que surgiera cabalmente el seguro social como institución y protección efectiva de toda la sociedad, era preciso, por una parte, que se evidenciara la desigualdad solapada tras de la Declaración de los Derechos del 89 —la opresión real a que conducía el concepto individualista liberal— y, por la otra, que la clase trabajadora, el proletariado, se cohesionara e impusiera al estado el cumplimiento del derecho de igualdad establecido en la constitución.

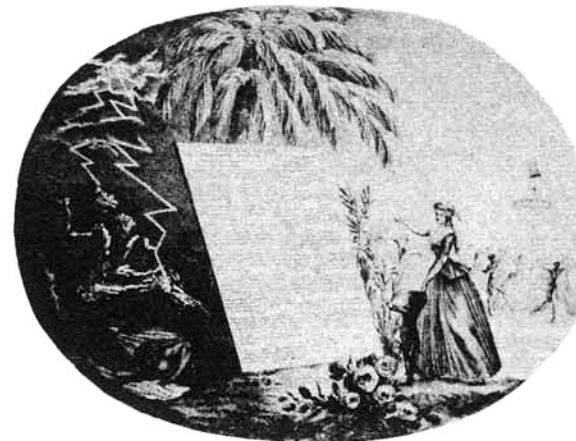
La forma democrática hacia la que se orientó la burguesía, deseosa de desarrollar explosivamente el capital, fue la liberal individualista plasmada en la Declaración del 89, que al caracterizar a la libertad como "espontaneidad y ausencia de coacción" llegaba al grado de ver en el estado democrático recién instituido, ¡el más absoluto de todos los regímenes! Este individualismo liberal se identificó en el conocido aforismo del "laissez faire, laissez passer" y postuló el antiintervencionismo estatal, la restricción del poder gubernamental cualquiera que fuera su forma. Lo que pretendía era la libertad política sin democracia. La democracia corría el peligro, decía, de admitir "la tiranía de la mayoría". Para Renan, por ejemplo, "un país democrático no es fuerte sino a condición de reconocer la existencia de superioridades naturales, las cuales, en el fondo, se reducen a una sola, la del nacimiento..." "... esencialmente limitado, el sufragio universal no repara en la necesidad de la ciencia ni en la superioridad del noble y del sabio".

Las consecuencias desastrosas del liberalismo son suficientemente conocidas para que sea necesario abundar en ellas. La gran reserva de desocupados, el costo de producción de la fuerza de trabajo reducido al mínimo gracias a la división del trabajo llevada al máximo, daba como consecuencia jornadas de trabajo hasta de 18 horas. Por otra parte, en ese régimen de liberalidad en el que el "poder no tenía por qué intervenir en la solución de los conflictos entre el capital y el trabajo", también ciertas capas de la pequeña y aún de la alta burguesía, como los comerciantes y pequeños artesanos, eran absorbidos por la gran industria, pasando a engrosar de este modo



Juan Jacobo Rousseau. Glegré

Declaración de los derechos del hombre y el ciudadano. Alegoría de Miquet el Joven.



la masa de desocupados. Las crisis, como la de Lyon, pronto se hicieron patentes, mostrando la necesidad de acentuar el espíritu democrático por sobre el liberal. **De ahí que la Constitución de 1793 sea democrática, pero antiliberal y antiparlamentaria.** Penetrada de las ideas de Rousseau, la nueva Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano redactada por Robespierre, asentará que el gobierno estaba instituido para garantizar al hombre sus "derechos imprescriptibles naturales": la libertad, la igualdad, **la seguridad**, la propiedad. La libertad individual, el libre ejercicio de los cultos, el derecho a concurrir a la formación de la ley, el derecho de petición, el derecho al trabajo, **el derecho al socorro público en caso de incapacidad** y a la resistencia a la opresión, el derecho, a la insurrección cuando el gobierno viole los derechos del pueblo (los subrayados son míos), tales eran los derechos democráticos proclamados por la Declaración y la Constitución del 93. Además, la Asamblea Legislativa sería elegida por sufragio directo, abandonando el sistema censitario de electores de la de 89.

Las bases democrático jurídicas para el surgimiento posterior del seguro social y del sistema de la seguridad social, están aquí. Hará falta todavía que el proletariado adquiriera conciencia de clase para que al ponerlas en vigor, obtuviera para sí y para el resto de las clases

oprimidas, la serie de beneficios que especificaba la constitución democrático burguesa.

"UNICAMENTE LA PROPIEDAD HACE A LOS HOMBRES CAPACES DEL EJERCICIO DE DERECHOS POLITICOS"

El hecho de que en la Declaración del 89 se codificara la igualdad y la libertad por primera vez en la historia de la humanidad, y que en la Constitución del 93 se pusiera un freno a la tendencia inicial de la gran burguesía hacia la hegemonía de los aspectos liberales por sobre los democráticos, no puede hacernos olvidar que el movimiento revolucionario buscaba instituir el sistema capitalista de producción, por una parte, y por la otra, que el derecho tiene que corresponder siempre y en todo caso a la situación económica general.

Por más que los burgueses revolucionarios afirmaban que sus intereses e ideales de clase se identificaban con los de la humanidad entera, al proclamar a la propiedad como un derecho "inviolable y sagrado" (art. 17 de la Declaración de Derechos de 1789) revelaban su preocupación por legitimar la desigualdad en la posesión de los bienes materiales, cuya mayoría ya estaba en sus manos, asegurando a la burguesía, al mismo tiempo, las mejores condiciones para explotar a la fuerza de trabajo.

La misma Constitución del 93 que estipula que la Asamblea Legislativa sería electa cada año por medio del sufragio directo de todos los mayores de 21 años, —a diferencia de los actos legislativos de agosto de 89 y de la Constitución de 91, que al clasificar a los ciudadanos en activos y pasivos privó del derecho al voto a estos últimos y concedió la elegibilidad para la Asamblea Nacional únicamente a los que poseyesen una propiedad en bienes raíces—, no hizo nada por cambiar la Ley Le Chapelier de 1791 en la que se "prohibía a los obreros formar cualquier clase de organizaciones o de asociaciones, prohibía asimismo las huelgas y dictaba penas rigurosísimas en caso de contravención". Tampoco hizo nada por mejorar la jornada de trabajo o el salario.

La revolución francesa tenía como objeto implantar la libre competencia, es decir, el derecho de cualquier persona a explotar cualquier rama industrial con solo tener el capital necesario; lo que equivalía a afirmar que el capital es la potencia fundamental y por tanto, los capitalistas, la clase dominante. Para ello era necesario, entre otras cosas, convertir a la fuerza de trabajo en una mercancía y reducir al mismo tiempo su costo de producción, el salario, al mínimo indispensable para asegurar al obrero la posibilidad de reconstituir su capacidad de trabajo. El constante perfeccionamiento de la maquinaria fabril permitió además llevar la división de trabajo al máximo, pudiendo absorber a la producción en serie de mercancías a las mujeres y hasta a los niños. De este modo la plusvalía se incrementaba exorbitantemente, ya que el costo de producción de la fuerza de trabajo de estos últimos, es mucho menor.

¿Le iba a interesar a la revolución burguesa, deseosa de implantar la libre con-

currencia, hacer una realidad del derecho al "socorro público en caso de necesidad" estatuido en la Constitución cuando lo que necesitaba precisamente era contar con un ejército de desocupados miserables, sujetos ellos también a la libre competencia? Lo único que le interesaba a la nueva clase era la "existencia de la clase obrera en bloque", no la de cada uno de los obreros en particular, y la primera la logró gracias a todos los artesanos y agricultores arruinados por la competencia de la producción manufacturera, y aún con las capas bajas de la burguesía comerciante o industrial.

Si lo anterior no estaba claramente especificado en el derecho, es porque muy "raramente acontece que un Código sea la expresión ruda, sincera, descarada, de la supremacía de una clase: tal cosa iría de por sí en contra del concepto del Derecho. Ya en el Código de Napoleón aparece falseado en muchos aspectos el concepto puro y consecuente que tenía del Derecho la burguesía revolucionaria de 1792 a 1796; y en la medida en que toma cuerpo allí, tiene que someterse diariamente a las atenuaciones de todo género que le impone el creciente poder del proletariado". Lo anterior quiere decir que la conquista de la seguridad social tendría que ser, como ha sido, una lucha continua de la clase obrera.

LAS LUCHAS DE LOS TRABAJADORES

El saqueo de las tiendas, la imposición de precios a los comestibles, los motines, pero principalmente la huelga, fueron los medios de lucha propios de la clase trabajadora y a través de los cuales desgajaban para sí algunas reivindicaciones concretadas, en ese tiempo, en el aumento del salario y en la reducción de la jornada de trabajo, que si en Inglaterra alcanzó 18 horas, en Francia era de 13 y 14 horas. Eran las primeras manifestaciones de que el proletariado adoptaba una política independiente. Solo posteriormente empezó a exigir también la ayuda ante los accidentes de trabajo, el socorro médico y las pensiones.

El temor que a los diferentes estados les causaban estas reivindicaciones apoyadas en el avance sindicalista, hizo que el "socorro público" empezara a cobrar forma en los sistemas de ahorro y los seguros voluntarios que funcionaban como sociedades libres u obligatorias.

Fueron estos factores los que determinaron que en Alemania se haya puesto en vigor un sistema estatal de Seguridad de Maternidad y vejez en 1883; que en 1884 se aumentara con la reparación de los accidentes de trabajo y que bajo el gobierno de Bismarck se incluyera ya el seguro de invalidez, vejez y muerte. No fue ciertamente un espíritu de magnanimidad el que llevó a conceder estas reivindicaciones, sino, además de lo anteriormente señalado, la seria amenaza que le significaba la influencia del socialismo.

El avance de los seguros sociales, la amplitud de los nuevos capítulos que se les iban incorporando y los grupos, sectores y clases a los que se hacían extensivos, se debieron siempre a la influencia de los trabajadores, directa o indirectamente manifestada. Directamente cuando a través de una huelga, de pa-

ros permanentes, o de expresiones más agudas, obtienen una reivindicación más; indirectamente, cuando los estados, como en el caso de la primera y segunda guerras mundiales, querían ganar su apoyo para la guerra intercapitalista a que los conducían su necesidad de desarrollo económico; indirectamente también, y esto visto a nivel nacional, a través de la influencia de los países socialistas, cuando estos surgieron históricamente.

LO QUE YA BEVERIDGE SEÑALO

Corroboración de lo anterior es que haya sido precisamente durante el proceso de la segunda guerra mundial cuando se dio a conocer un plan para la seguridad social que además de incorporar nuevos puntos de seguridad, como el seguro en caso de desocupación e incapacidad y exponer la idea de terminar con los cinco males gigantes: la necesidad, la enfermedad, la ignorancia, la ociosidad y la vejez, se hacía extensivo para una "Nueva Gran Bretaña".

Su autor, Sir William Beveridge, expone con sinceridad plena cuáles son los principios y los problemas que intenta resolver con su "Informe sobre seguros sociales y servicios afines" del 20 de noviembre de 1942. Conviene traerlos a colación porque usualmente no son mencionados ni por comentaristas ni por historiadores, y porque, además, señala las posibilidades y los requisitos para hacer de la Seguridad Social un sistema real de vida dentro del sistema democrático.

En los diversos artículos reunidos en el libro que lleva por título "Bases de la seguridad social" Beveridge dice que son "variaciones sobre dos temas complementarios: que en una democracia la guerra y la paz son indivisibles y que los tiempos de guerra exigen métodos de gobierno diferentes de las épocas pacíficas". Continúa diciendo (todos los textos reproducidos los he tomado de la edición de 1944 del Fondo de Cultura Económica) que "en uno de los párrafos finales de mi Informe, se presenta el Plan para la Seguridad Social como una contribución hacia el éxito en la guerra (sabiendo) que es más probable que cada ciudadano se concentre en su esfuerzo de guerra si cree que su gobierno tendrá dispuesto a tiempo planes para ese mundo mejor"; para ello, es necesario adoptar un "nuevo espíritu para la guerra total" y en este sentido, pregunta si acaso "¿es demasiado sugerir que **durante y guerra y sólo durante la guerra** (el subrayado es mío) **nuestros sindicatos obreros se conviertan, según el modelo ruso, en agentes conscientes de la política nacional?**"

Al referirse a la posibilidad de "inmunidad contra los cinco males gigantes" Beveridge afirma que "no podemos suprimir la indigencia a menos de asegurarnos de que todo el que quiera trabajar, todas las personas que estén expuestas a accidentes eventuales y a desgracias que puedan interrumpir sus ingresos, tengan siempre, para hacer frente a todas sus responsabilidades los ingresos necesarios".

Para poder llevar adelante los seguros sociales y terminar con los cinco males

gigantes, "es de vital importancia prevenir la desocupación en masa". "De una u otra manera, el impedir la reaparición periódica de la desocupación de grandes masas de trabajadores durante años y años, como la que experimentamos entre la primera guerra mundial y la segunda, es la tarea más importante. . . Es la más importante en sí misma, pues a menos que podamos evitar la desocupación en masa, todo lo demás que podamos hacer es inútil".

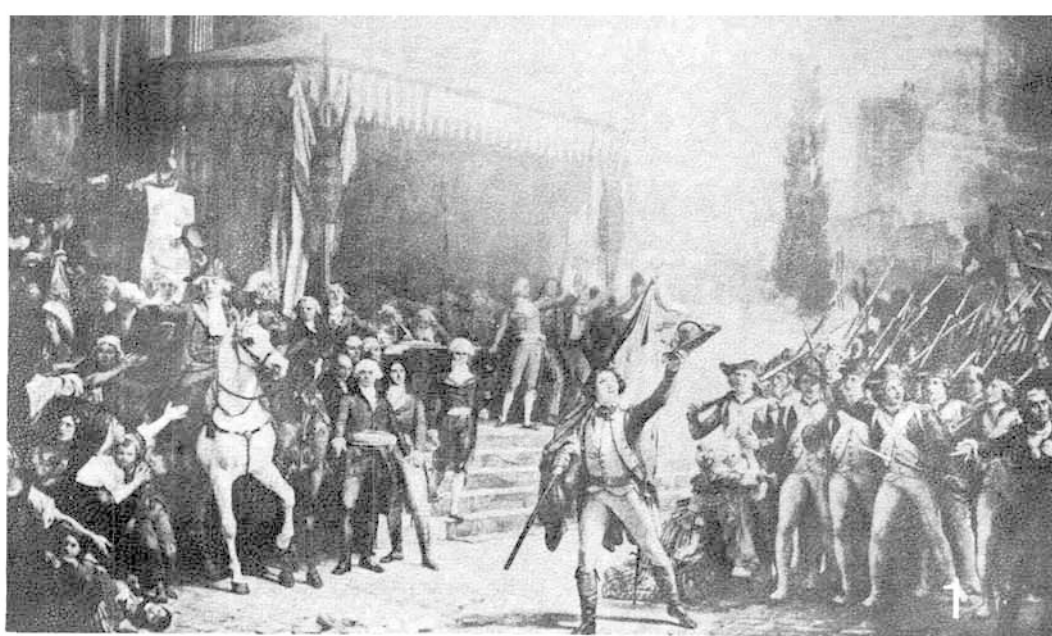
"En el informe que presenté al gobierno de su Majestad. . . expuse la opinión de que no podía idearse ningún plan de seguridad social sin antes dar por sentadas tres cosas: . . .C. Mantenimiento de la ocupación, esto es, supresión del paro forzoso".

"El supuesto C —mantenimiento de la ocupación después de la guerra— se encuentra en un caso diferente. Es a la vez más importante, más difícil y más urgente, que ningún otro problema de reconstrucción en el frente interior. Es más importante, pues **es la base indispensable para atacar con éxito todos los demás problemas**. Es más difícil, porque no existe ningún acuerdo entre los partidos para su solución y porque entraña, en el punto crítico del comercio internacional, la cooperación con otros países".

IDENTIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA DEMOCRACIA Y SUS POSIBILIDADES DE REALIZACION.

Al indicar los "Tres puntales de la Seguridad", Beveridge indica: "Tres son las condiciones para que exista la seguridad en el mundo después de la guerra. La primera condición es **que se implante la justicia en lugar de la fuerza como árbitro entre las naciones**. La segunda condición es que tiene que existir una **oportunidad razonable de realizar un trabajo productivo** para cada individuo en lugar de la desocupación. La tercera condición es que tiene que existir la seguridad de que se tendrán ingresos suficientes para estar a cubierto de la indigencia cuando por cualquier razón no se pueda trabajar. . . ¿cómo pueden conseguirse?"

A esta pregunta última y fundamental, responde en los siguientes términos: "No sé —y siendo una persona de hábitos académicos no voy a decir que lo sé antes de creer que lo sé—, sé que no sé cómo resolver este problema de lograr ocupación productiva para todos después de la guerra. Sólo puedo decir que no creo que el problema sea insoluble. Cuando alguien me dice que no podemos suprimir la desocupación, yo contesto que la hemos suprimido ya dos veces en el transcurso de mi vida —en la guerra anterior y en esta de ahora—. Ignoro hasta qué punto es absolutamente cierto, pero es casi cierto que en Rusia han hecho desaparecer la desocupación o que por lo menos no tienen establecido ningún plan de seguro contra el paro forzoso. Ahora bien, yo simplemente no creo que sea imposible suprimir la desocupación en **Gran Bretaña** (el subrayado es del autor), pero no sé **aún** exactamente qué deberíamos hacer para conseguirlo, e ignoro si hay alguien que sepa ya qué es lo que debe hacerse para ello".



1

Alistamiento de voluntarios.

2

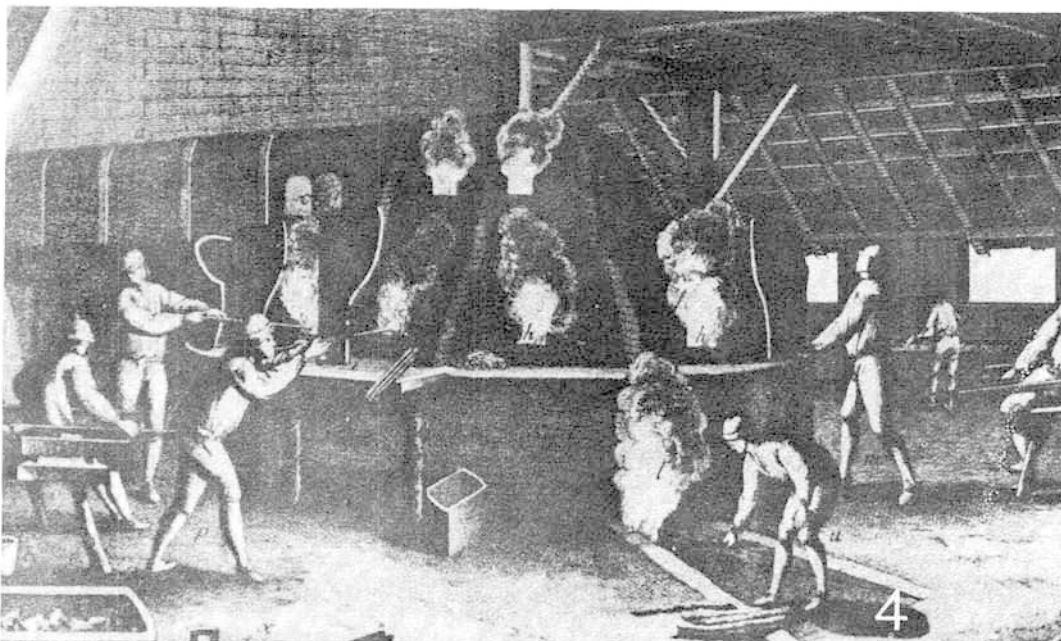
Trata de negros. G. Morland.

3

Toma de los Tullerías.

4

Taller de Vidriería. Grabado.



organización y funcionamiento de los servicios médicos del instituto mexicano del seguro social

*

Por el Dr. Carlos Zamarripa.*

* Jefe del Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos. Subdirección General Médica. IMSS.

* Extracto del artículo publicado en el Boletín Médico del IMSS del Volumen VIII, Número 8, Septiembre de 1966.

Generalidades:

México participa desde hace tiempo de las mismas inquietudes que otros países latinoamericanos para cuidar la salud de sus habitantes. Para este fin a través de su evolución política y social ha seguido varios caminos: la caridad y las obras pías, la Beneficencia que se hizo en 1941 Asistencia Pública, sin que ninguno de estos sistemas resolviera fundamentalmente los problemas de salud.

Sólo a partir de 1943, al impartirse el régimen del Seguro Social, se encontró un camino mejor para proteger a los trabajadores, muchos de los cuales no recibían asistencia médica satisfactoria.

El primer organismo de Seguro Social de México una institución descentralizada, de contribución tripartita en la que participan patronos, trabajadores y el Estado; destinado a fomentar el bienestar económico y proteger a los trabajadores con carácter obligatorio contra los riesgos

profesionales, enfermedades no profesionales, maternidad, invalidez, vejez y cesantía involuntaria en edad avanzada y muerte; a este organismo nos referiremos.

Se considera que la protección impartida por el Seguro Social entraña una función de interés público, por lo que no conviene que se encomiende a empresas privadas, sino que el Estado tiene el deber de intervenir en su establecimiento y desarrollo, porque la pérdida de capacidad de trabajo trastorna no sólo al obrero sino a la colectividad entera.

Los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen, como fundamentos legales básicos, la ley del Seguro Social del 31 de diciembre de 1942, publicada en el Diario Oficial de la Federación con fecha 19 de enero de 1943. Ley que ha tenido algunas reformas y de la cual se derivan reglamentos aprobados y puestos en vigor en diversas épocas.

El Poder Ejecutivo de la República está facultado para determinar la fecha de afiliación de los grupos de trabajadores que deben quedar comprendidos en la ley respectiva. La ampliación del régimen se establece que será paulatina, según las posibilidades y problemas que presenten los territorios, los trabajadores, los elementos para impartir sus prestaciones y otros que no pueden eludirse. Pero siempre con la tendencia a constituir un régimen que pueda llegar a comprender a toda la población de la República.

Al proyectarse el Seguro Social a que aludimos, se advirtió la conveniencia actuarial de retardar, durante varios años, la aplicación de las prestaciones de enfermedades no profesionales y maternidad a familiares de los asegurados, con el fin de aprovechar la creación y acumulación de reservas, para impartirlas más tarde. Sin embargo, consideraciones sociales, de higiene y salubridad así como por urgencias colectivas de atención inaplazable, decidieron la extensión inmediata del Seguro Social a los familiares de trabajadores asegurados, constituyendo esto una característica particular del sistema mexicano. Esta determinación permitió proteger al núcleo básico de la sociedad que es la familia del trabajador, cuyas condiciones de salud, alimentación y habitación han constituido un serio problema para el País, y se requiere que se encuentre en las mejores condiciones de vida para aprovechar su productividad y proporcionarle el mayor bienestar posible.

Este régimen de seguridad social trata de ajustarse al precepto establecido por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social que afirma: "Para gozar plenamente de las libertades fundamentales del pensamiento, expresión y actividad, todo hombre y mujer debe estar biológicamente y económicamente protegido contra los riesgos sociales y profesionales, en función bien organizada".

El Seguro Social es un instrumento jurídico obligado, sostenido mediante una cuota para otorgar prestaciones médicas, en dinero y sociales al trabajador y a su familia.

Su organización le da unidad técnica y financiera, en virtud de que reúne en una sola administración las diversas ramas de seguro. Establece su propio equipo médicosocial, que le permite utilizar

en común las instalaciones y personal de los servicios médicos.

Como complemento informativo sucinto, razones imperantes en esta época hicieron conveniente extender la seguridad social a otros grupos de trabajadores, creándoles organismos propios, independientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En 1959 se estableció, por una ley especial, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores al Servicio del Estado. En 1962, se expidió la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas. Ambos preceptos legales crearon servicios médicos para cada grupo de trabajadores que amparan.

Otros organismos descentralizados como Petróleos Mexicanos, y Ferrocarriles Nacionales cuentan, por su parte, con servicios médicos que procuran seguir los lineamientos y bases de la seguridad social, que se desenvuelve en México.

Extensión geográfica del régimen

Los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social forman una red que se extiende a 477 municipios de las 32 entidades federativas de la República, hasta el 31 de diciembre de 1967.*

Se estudia la posibilidad de ampliar el sistema a regiones que presentan escasa densidad de trabajadores, principalmente a las de economía rural. También es posible otra extensión a municipios con menos de 10,000 habitantes, así como a los que son cuencas económicas en las que ya se estableció el Seguro Social, y a los municipios faltantes en las entidades federativas prácticamente ya cubiertas por el Instituto.

Contingencias cubiertas

Enfermedad general
Maternidad
Enfermedades y accidentes profesionales
Invalidez

Prestaciones en especie

Riesgos profesionales
Asistencia medicoquirúrgica
Farmacéutica
Hospitalaria
Aparatos de prótesis y de ortopedia
Convalecencia y reposo

Enfermedades generales

Asistencia medicoquirúrgica
Farmacéutica
Hospitalaria
Convalecencia y reposo

Maternidad

Asistencia obstétrica necesaria durante el embarazo, el parto y el puerperio
Ayuda de lactancia
Canastilla al nacer el hijo

Personas protegidas

Asegurados

Personas vinculadas a otras por un contrato de trabajo
Los que prestan servicios en virtud de un contrato de aprendizaje
Los miembros de sociedades cooperativas de producción
Los miembros de sociedades locales de crédito agrícola
Los miembros de sociedades ejidales
Trabajadores asalariados del campo

Trabajadores estacionales del campo
Los productores de caña de azúcar
Los trabajadores asalariados permanentes de los productores de caña de azúcar

Ejidatarios y pequeños propietarios no pertenecientes a Sociedades Locales de Crédito Ejidal o Agrícola en los municipios de Mexicali, Tecate, Tijuana y Ensenada del Estado de Baja California y en San Luis Río Colorado del Estado de Sonora.

Trabajadores eventuales y temporales urbanos

Ejidatarios y pequeños propietarios agrícolas de no más de diez hectáreas de riego, o su equivalencia en otra clase de tierras.

Trabajadores agrícolas migratorios
En continuación voluntaria

Familiares

Esposa o compañera
Hijos menores de 16 años
Padre y madre que convive con el asegurado

Pensionados

Directos (por incapacidad permanente, invalidez, vejez, cesantía)
Sobrevivientes (viudas, huérfanos, ascendientes)

Número de personas protegidas al 31 de agosto de 1968 *

Con todo ello, la población amparada por el sistema mexicano del Seguro Social, en esta fecha, asciende a 7,929,276 personas de las cuales 2,554,169 son asegurados, 5,195,203 familiares y 179,904 pensionados y familiares de estos últimos.*

* El artículo original presenta las cifras correspondientes al 31 de dic. de 1965.

Servicios médicos directos y contratados

Los servicios médicos del IMSS se proporcionan en forma directa, en unidades y con personal propios. Pero aún hay necesidad de contratar algunos. En éstos la calidad de las prestaciones no será inferior a la que tengan los suministrados directamente.

Los servicios que se contraten deberán disponer de las especialidades médicas necesarias y contar con el instrumental, equipo y personal técnico indispensables, a satisfacción del Instituto, de acuerdo con las disposiciones del Reglamento y con los instructivos y cuadros básicos previstos para el otorgamiento de las prestaciones médicas, farmacéuticas y hospitalarias.

El Instituto tendrá facultades para obtener los datos e informes contables y estadísticos relativos a los servicios de que se trate.

El Instituto tendrá, asimismo, derecho a vigilar, en cualquier momento, la forma en que se otorgan las prestaciones objeto de convenio.

Contratación de médicos

Los servicios médicos trabajan, en gran parte, a base de médicos contratados por el Instituto. Esto facilita la planeación de los servicios, vigilar su calidad y eficacia, valorar las actividades, aprovechar mejor las experiencias del trabajo cotidiano y cuidar mejor las erogaciones que ocasionan.

Los médicos y todo el personal de los servicios médicos, con excepción de algunos que ocupan empleos de confianza, están ligados a la Institución por un Contrato Colectivo de Trabajo, por medio del cual tienen asegurada su estabilidad, reciben protección en caso de riesgos profesionales y generales, facilidades y elementos adecuados para su trabajo, educación permanente y remuneración mediante tabuladores por hora-mes. Además perciben retribuciones especiales por diversos conceptos como trabajar en zonas insalubres, por desempeñar labores que los exponen a mayores riesgos como en rayos X, con enfermos infectocontagiosos, así como compensaciones por tener que regresar para atender enfermos una vez terminada su jornada, por usar sus vehículos en las visitas a domicilio. Además, hay quienes acumulan una compensación por concepto de antigüedad y reciben por cada año de trabajo un aguinaldo equivalente al 25 por ciento del salario anual. Solo por mencionar las más destacadas percepciones que, al igual que otros trabajadores al amparo del Contrato Colectivo de Trabajo, los médicos de confianza disfrutaban prácticamente de los mismos beneficios que los de planta y están protegidos por disposiciones internas del Instituto y por la Ley Federal del Trabajo.

Hay tendencia a contratar a los médicos por jornada de ocho horas, limitando algunas actividades de empleo fuera de la Institución, pero dejándoles libertad para el ejercicio privado y actividades docentes.

Regionalización de los Servicios Médicos

La extensión del régimen, algunas condiciones geográficas del País, la dispersión de los derechohabientes y las vías de comunicación actuales, hacen que el sistema de organización regional de los servicios médicos del Seguro Social sea el más adecuado para garantizar buenas prestaciones.

Generalmente se instalan unidades regionales o centrales, en las localidades urbanas de mayor importancia. De estas unidades dependen otras de menor capacidad y con servicios limitados, que a su vez se enlazan con los periféricos más pequeños como las llamadas clínicas auxiliares, puestos de enfermería o unidades móviles.

En esa forma los servicios pueden impartirse en grandes áreas territoriales, de manera "escalonada", con objeto de resolver desde problemas nimios hasta los complejos que requieren más equipo, o personal más especializado en ciertos trabajos.

Cuando algún derechohabiente, a criterio del médico tratante, necesita asistencia de especialistas que tiene otra unidad más importante, se le extiende un pase y se traslada a ésta; en dicho documento se anota el diagnóstico presuncional, por lo menos, que motiva la solicitud, y el expediente clínico completo es enviado en cada caso.

En virtud de que los pacientes pasaron por un tamiz previo, los servicios de las unidades centrales o regionales pueden ser más eficaces e impartirse con más desahogo.

El derechohabiente obtiene en este sistema un servicio que estimamos apropiado, en tanto que el Instituto no hace erogaciones por concepto de personal técnico y equipos de superespecialización, cuyo sostenimiento resultaría antieconómico, en proporción al volumen relativo de trabajo en las distintas unidades médicas.

Las unidades periféricas o locales están obligadas a enviar bien estudiados a sus enfermos y planteados claramente sus problemas, quedando comprometidos a continuar la atención médica de los pacientes que les devuelvan las unidades regionales o centrales.

Así también se facilita el intercambio de información y la realización de trabajos de vigilancia, valoración y enseñanza. Las disposiciones reglamentarias y las normas de trabajo deben aplicarse en todas las circunscripciones y unidades.

Los servicios contratados se rigen por el mismo sistema funcional de atención médica por regiones.

El sistema médico familiar en el I.M.S.S.

El sistema médico familiar busca reproducir las condiciones óptimas del ejercicio profesional a nivel de consulta externa y atención a domicilio.

Los médicos generales han sido separados en médicos familiares de adultos y de menores; a cada uno de ellos se adscribe una población fija con objeto de colocarla bajo su responsabilidad y establecer una relación perdurable, afectiva y de confianza entre el núcleo de población y un determinado médico.

Así mismo, el médico con un núcleo humano fijo, llega a conocerlo en sus aspectos físicos y psicológicos, convirtiéndose además en consejero y educador de las familias, particularmente en lo que se refiere a medicina preventiva.

El médico familiar de adultos o de menores, tiene oportunidad de impartir atención separada, con lo cual se torna más eficaz el servicio, al limitarse a uno sólo de esos grupos humanos.

Algunas ventajas del Sistema Médico Familiar.

La aplicación del Sistema Médico Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, presenta ventajas sobre el procedimiento de consulta abierta. Entre ellas pueden señalarse las siguientes:

- 1 —Se finca una responsabilidad directa de médico familiar sobre su población derechohabiente adscrita.
- 2 —Disminuye el número de consultas subsecuentes.
- 3 —Se descubre mejor a los simuladores.
- 4 —Se abate la proporción de abusos.
- 5 —El médico conoce mejor el medio familiar y sus relaciones con los enfermos, al hacer las visitas a domicilio el mismo médico.
- 6 —Se hacen mejores documentos clínicos.
- 7 —La prescripción farmacéutica es más adecuada.
- 8 —Se incrementan las medidas preventivas contra las enfermedades.
- 9 —Se educa a la población en la solicitud de consultas y se eleva el por ciento de las que se hacen* por cita previa.
- 10 —El derechohabiente puede distribuir mejor su tiempo para otras actividades (productivas, sociales, educativas, etc.), evitándose espe-

ras prolongadas para recibir atención médica.

11 —En general se eleva la calidad de las prestaciones médicas.

Para que este sistema médico familiar no presente problemas serios, se debe hacer una labor continua de orientación y educación de los derechohabientes, y del personal de las Unidades Médicas, para que conozcan sus procedimientos, modalidades y beneficios, con lo que, ha disminuido la resistencia para aceptar el sistema.

El Comité de Medicina General de Asociación Médica Británica afirmó que "nadie está en mejor posición o en una posición más ventajosa que el médico de familia, para aconsejar sobre el mantenimiento de la salud, los principios de la vida sana, la prevención de las enfermedades, etc.; él es bienvenido a los hogares de los enfermos, conoce sus circunstancias, sus ocupaciones, los problemas y responsabilidades de la familia y tiene, en consecuencia, inmejorables oportunidades para realizar la educación sanitaria. Pero no por eso debe pensarse que los enfermos sean una 'vasija' que espera ser llenada de conocimientos. Frecuentemente, cuando el médico habla de ventanías abiertas, de ropa adecuada y de otras precauciones higiénicas, en lugar de hablar de síntomas o de medicamentos, el enfermo piensa que se le está sermoneando y muestra una actitud suspicaz". "Generalmente todos los pacientes desean información, pero hay que saber dársela: en primer lugar analizando sus sentimientos, su nivel cultural e intelectual, sus preocupaciones, etc., lo que se ha llamado diagnóstico del estado educativo del enfermo. Luego de estudiar las condiciones que influyen en su educabilidad, tales como prejuicios, conflictos, deseos que se toman por realidades, sentimientos de dependencia, etc., y por último los posibles efectos dañosos de algunos conocimientos erróneamente transmitidos e interpretados".

Hospitalización

En general y al considerar que la medicina sólo se divide por necesidades prácticas de su ejercicio, pero que es única, y que el trabajo en conjunto de los diversos especialistas es fundamental en nuestros días, la tendencia del Instituto es la de contar preferentemente con servicios de hospital general. Por esto el 93 por ciento de sus hospitales son de tipo general, incluyendo en este rubro los hospitales generales y las clínicas hospitalares que tienen la misma función que los primeros en cuanto se refiere a hospitalización, quedando sólo un siete por ciento de hospitales de especialidad. Estos últimos destinados en su gran mayoría a enfermos mentales, de tuberculosos y de otros padecimientos de evolución prolongada o de naturaleza infectocontagiosa, son casi todos contratados.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social los servicios de hospital se proporcionan cuando la naturaleza del padecimiento de los derechohabientes así lo exige, si la necesidad de tratamiento lo impone y no puede satisfacerse a domicilio, o bien cuando el estado del paciente demanda observación continua o la realización de exámenes que sólo pueden llevarse a efecto en un hospital.

Para internarse en los hospitales se requiere una orden del médico facultado por el Instituto para ese fin, excepto en los casos de urgencia extrema que reclama la hospitalización inmediata. Tratándose de menores de edad o de mujeres casadas, sólo se hospitalizan con el consentimiento del jefe del hogar o de su representante legal.

La duración de los enfermos dentro de los hospitales se limita al tiempo estrictamente determinado por el juicio médico, y de acuerdo con las disposiciones reglamentarias que existen al respecto.

Los enfermos internados que fallecen, son inhumados por sus familiares. El Instituto lo hace cuando éstos renuncian a hacerlo o no reclaman el cadáver en el plazo señalado por las leyes sanitarias de cada lugar.

Cuando un enfermo se interna en un hospital ajeno al Instituto, sin previa autorización de la Subdirección General Médica, el Seguro Social queda relevado de toda responsabilidad, excepto en lo que se refiere al pago de subsidios en dinero, si se confirma la incapacidad del interesado para el trabajo.

Los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen las funciones básicas siguientes: diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación en grado variable, enseñanza e investigación.

Su organización se apoya primordialmente en los lineamientos que siguen:

Rehabilitación

En diversos grados y utilizando recursos directos y contratados, el Instituto lleva a término sus labores de rehabilitación, a las que tienen derecho, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, todos los derechohabientes y en las diversas ramas que comprende el Seguro Social.

Prestaciones sociales

Estas prestaciones están al alcance de todos los derechohabientes del Seguro Social y tienden a mejorar sus condiciones de vida. Para este objeto, la Institución proporciona en algunas localidades habitaciones higiénicas con renta baja, centros de seguridad social para el bienestar familiar, campos para deportes, centros culturales y medios necesarios para que los asegurados y sus familiares logren una capacitación técnica que los convierta en obreros calificados.

Planeación médica para construir unidades del I.M.S.S.

El Instituto necesita unidades médicas para impartir la atención médica a que está obligado por la Ley respectiva.

El proceso de planeación para construir unidades médicas se rige por una técnica especial y por un equipo de profesionales y técnicos que tienen que trabajar en estrecha coordinación, pero donde figura en lugar destacado el asesor médico especializado.

Los propósitos primordiales de esta planeación en el Seguro Social Mexicano son: Integrar la red nacional de unidades médicas en forma que permita impartir prestaciones médicas oportunas y completas, a todos los asegurados y beneficiarios.

Que esa red funcione armónicamente coordinada, facilitando el traslado de en-

fermos de las unidades pequeñas a otras mayores dotadas de más recursos, manteniendo un intercambio constante de consultas e información.

Construir unidades médicas del tipo y capacidad que satisfagan las necesidades reales de cada localidad y la organización de los servicios médicos.

Prever la cobertura de asistencia médica en el futuro.

Avivar la confianza de los sectores interesados en el Seguro Social, con un adecuado sistema nacional coordinado de unidades médicas.

Llevar a cabo estudios que determinen la necesidad de construir, ampliar o adaptar edificios o locales para unidades o servicios médicos, de acuerdo con las indicaciones de la subdirección General Médica.

Establecer la coordinación necesaria con otras comisiones del Departamento y con otras dependencias del Instituto, en particular con el Departamento de Inmuebles y Construcciones, para lograr soluciones integrales en la construcción de unidades médicas; tomar en cuenta y opinar sobre las soluciones de organización arquitectónicas y de equipo, a fin de utilizar mejor las áreas que se construyan para impartir servicios médicos.

Elaborar programas médicos y médico-arquitectónicos para construir, ampliar o adaptar edificios y locales destinados a unidades médicas.

Revisar y, en su caso, sugerir modificaciones al anteproyecto elaborado.

Participar y asesorar la elaboración de planos de construcción.

Solicitar la colaboración de otros técnicos ajenos al I.M.S.S., cuyas opiniones calificadas sean indispensables para la mejor elaboración de los programas de construcción de unidades médicas.

Contribuir a la publicación de conocimientos en materia de construcción de unidades médicas.

Relaciones humanas

Con cierta frecuencia se dice que los servicios médicos directos de la seguridad social se deshumanizan, alejando al médico de sus pacientes y haciendo de éstos sólo números, fichas o simples objetos.

Desde luego no cabe imputar a la medicina institucional el descuido en las relaciones personales. Acaso los derroteros de la medicina social de esta época han tomado un tanto desprevenidos a médicos y otros técnicos de los servicios médicos. Tal vez las instituciones de seguridad social deben, al lado de sus tareas de enseñanza y adiestramiento técnico para su personal, procurar que éste tenga conciencia plena del valor que en medicina tiene una relación afectiva, de sincera comprensión y de confianza mutua con el público.

Más aún, pierden impacto aquellas opiniones cuando vienen a la memoria algunas realizaciones de la seguridad social en el campo de la salud. Millares de personas han recibido y están recibiendo los auxilios de una medicina moderna; beneficios que no habrían alcanzado por sus propios medios. El nivel de cultura médica se eleva continuamente entre la población derechohabiente. Crece cada día la confianza que asegurados y familiares tienen en los servicios médicos institucionales de la seguridad social,

como lo confirman las cifras de servicios impartidos. Resulta claro que estas atenciones se imparten sin afán de lucro y domina el interés médico y social al proporcionarlos; además, esta modalidad de práctica médica ha contribuido al progreso de la medicina como ciencia y como actividad social.

Unidades Médicas en Servicio. Dic. 1967 *

Servicio directo:

Hospitales generales	15
Hospitales de especialidad	13
Clínicas-hospitales tipo 1	47
Clínicas-hospitales tipo 2	38
Clínicas-hospitales auxiliares	210
Clínicas-generales	39
Clínicas auxiliares	168
Puestos de enfermería	81
Puestos de fábrica	213
S u m a	824
Unidades médicas contratadas	87
T o t a l	911

NUMERO DE CAMAS HOSPITAL EN SERVICIO

En servicio directo	14,252
En servicio contratado	1,775

PERSONAL EN SERVICIOS MEDICOS DIRECTOS

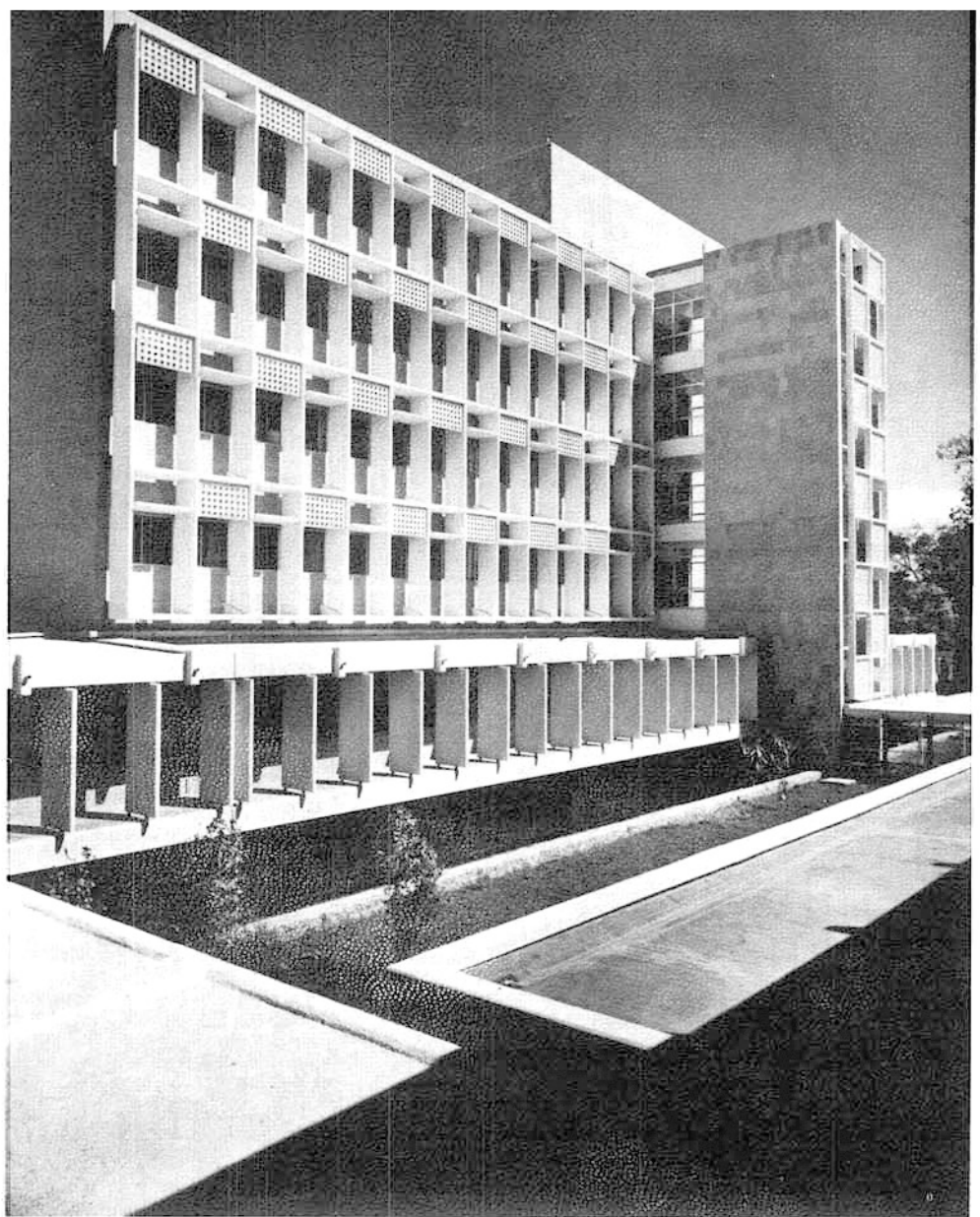
Médicos	9,343
Médicos en servicio auxiliar de tratamiento y diagnóstico	720
Personal paramédico	15,757
Personal administrativo	4,130
Personal de intendencia	6,639
Personal de farmacia	1,118

PERSONAL EN UNIDADES MEDICAS CONTRATADAS

Médicos	44
Personal paramédico	20
Personal administrativo	4
Personal de intendencia	1

ALGUNOS SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS

Consulta externa	29,696,711
A domicilio	889,368
Ingresos a hospital	635,565
Partos atendidos	249,266
Intervenciones quirúrgicas	223,882
Sangre consumida en c.c.	48,807,035
Exámenes laboratorio clínico	10,345,111
Estudios radiológicos practicados	1,150,159
Curaciones	3,178,115
Inyecciones	5,918,130
Fisioterapia, enfermos atendidos	342,523

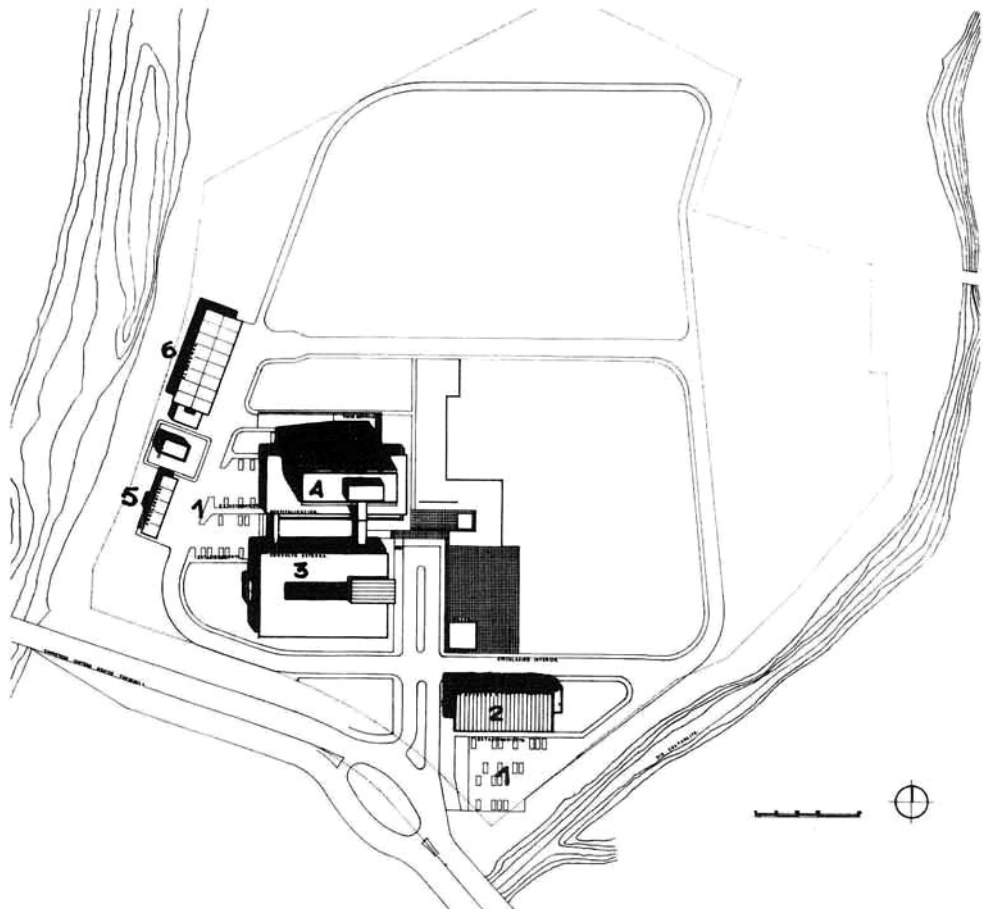


Vista del edificio de hospitalización.

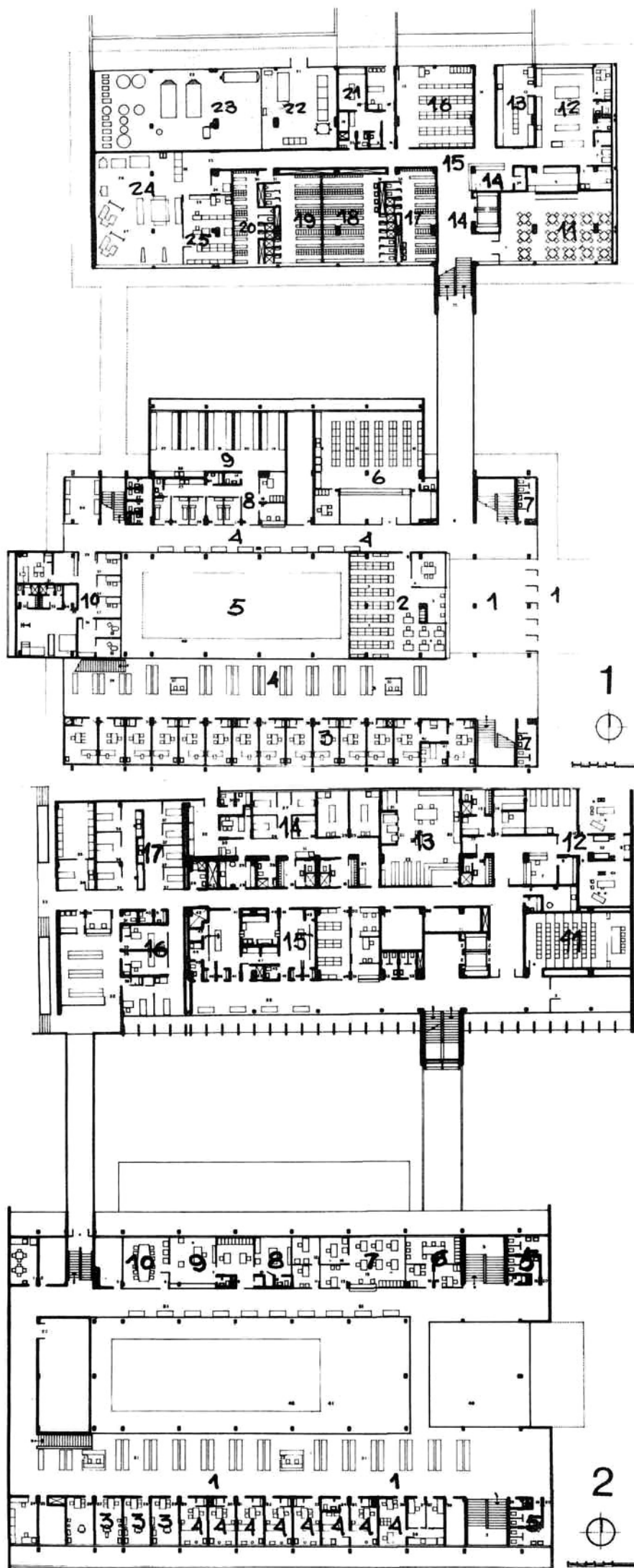
PLANTA DE CONJUNTO.

- 1.—Estacionamiento. 2.—Delegación administrativa.
- 3.—Clínica de consulta externa. 4.—Hospitalización y servicios auxiliares de diagnóstico. 5.—Ambulancias. 6.—Almacenes.

Arq. Joaquín Sánchez Hidalgo.



Arq. Joaquín Sánchez Hidalgo.



1

PLANTA BAJA.

1.—Acceso a público. 2.—Vestíbulo. 3.—Consulta externa (medicina general). 4.—Espera. 5.—Archivo clínico. 6.—Farmacia. 7.—Sanitarios públicos. 8.—Toma de muestras. 9.—Laboratorio de análisis clínicos. 10.—Medicina física.

SERVICIOS.

11.—Comedor personal. 12.—Cocina. 13.—Despensa. 14.—Elevadores. 15.—Intendencia. 16.—Almacén general. 17.—Baño y vestidor enfermeras. 18.—Baño y vestidor pers. servicio. h. 19.—Baño y vestidor pers. servicio m. 20.—Baño y vestidor médicos. 21.—Mortuorio. 22.—Sub-estación. 23.—Casa de máquinas. 24.—Lavandería. 25.—Ropería.

2

PRIMER PISO.
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA.

1.—Espera. 2.—Consulta médica general. 3.—Consulta de especialidades. 4.—Oficinas administrativas.

OFICINAS ADMINISTRATIVAS.

6.—Trabajo social. 7.—Oficina general. 8.—Jefe enfermeras. 9.—Jefe de servicios médicos hospital. 10.—Juntas.

SERVICIOS.

11.—Aula. 12.—Quirófonos. 13.—Central de esterilización. 14.—Partos. 15.—Radio diagnóstico. 16.—Urgencias adultos. 17.—Urgencias pediatría.

3

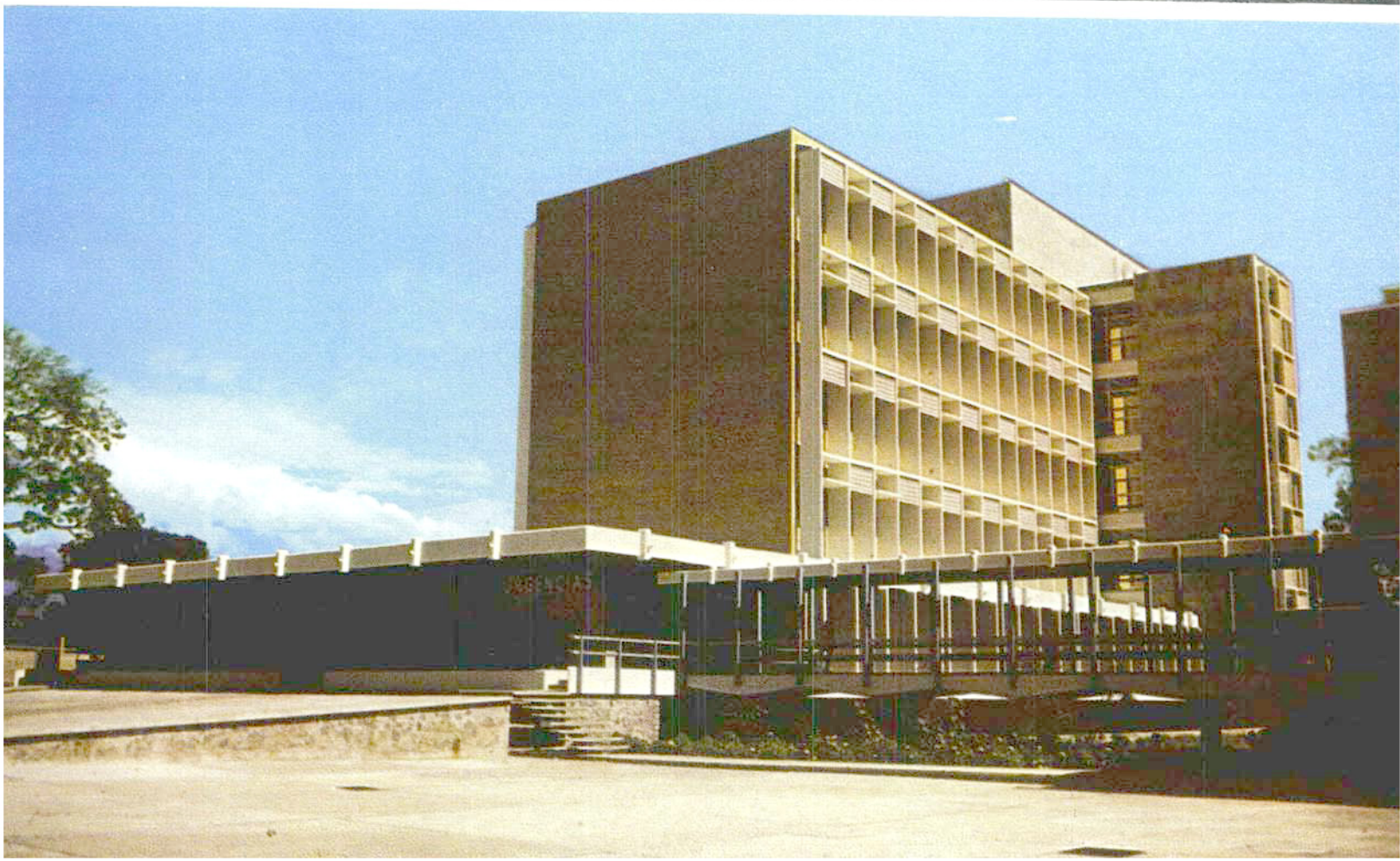
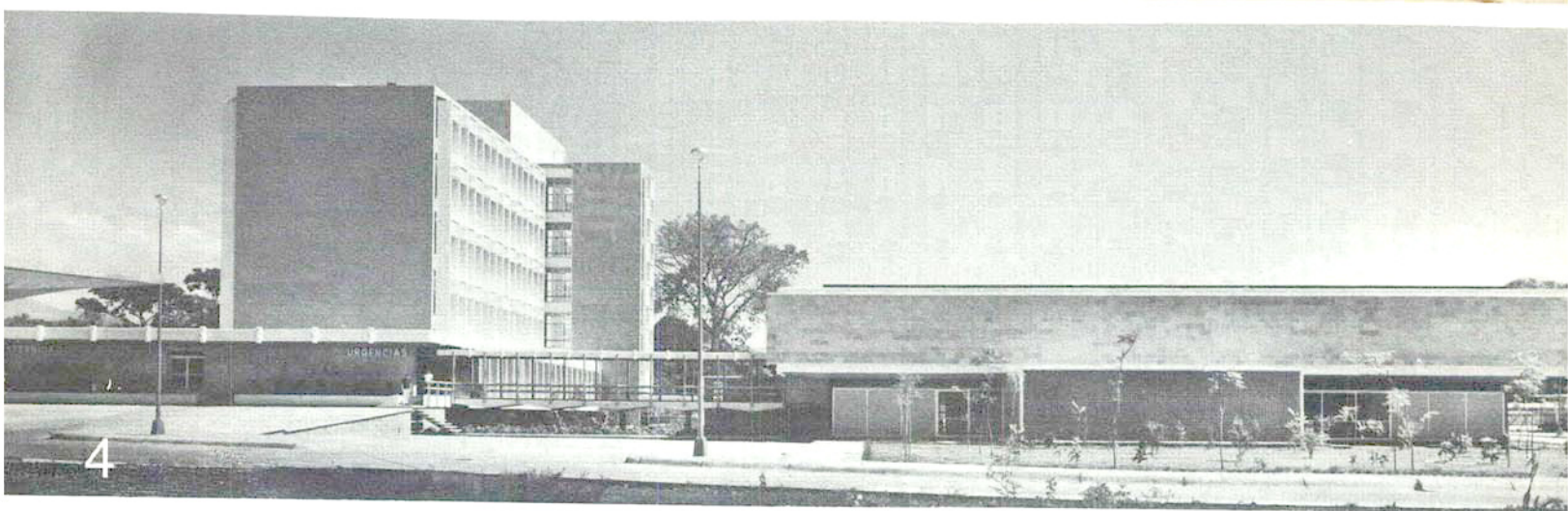
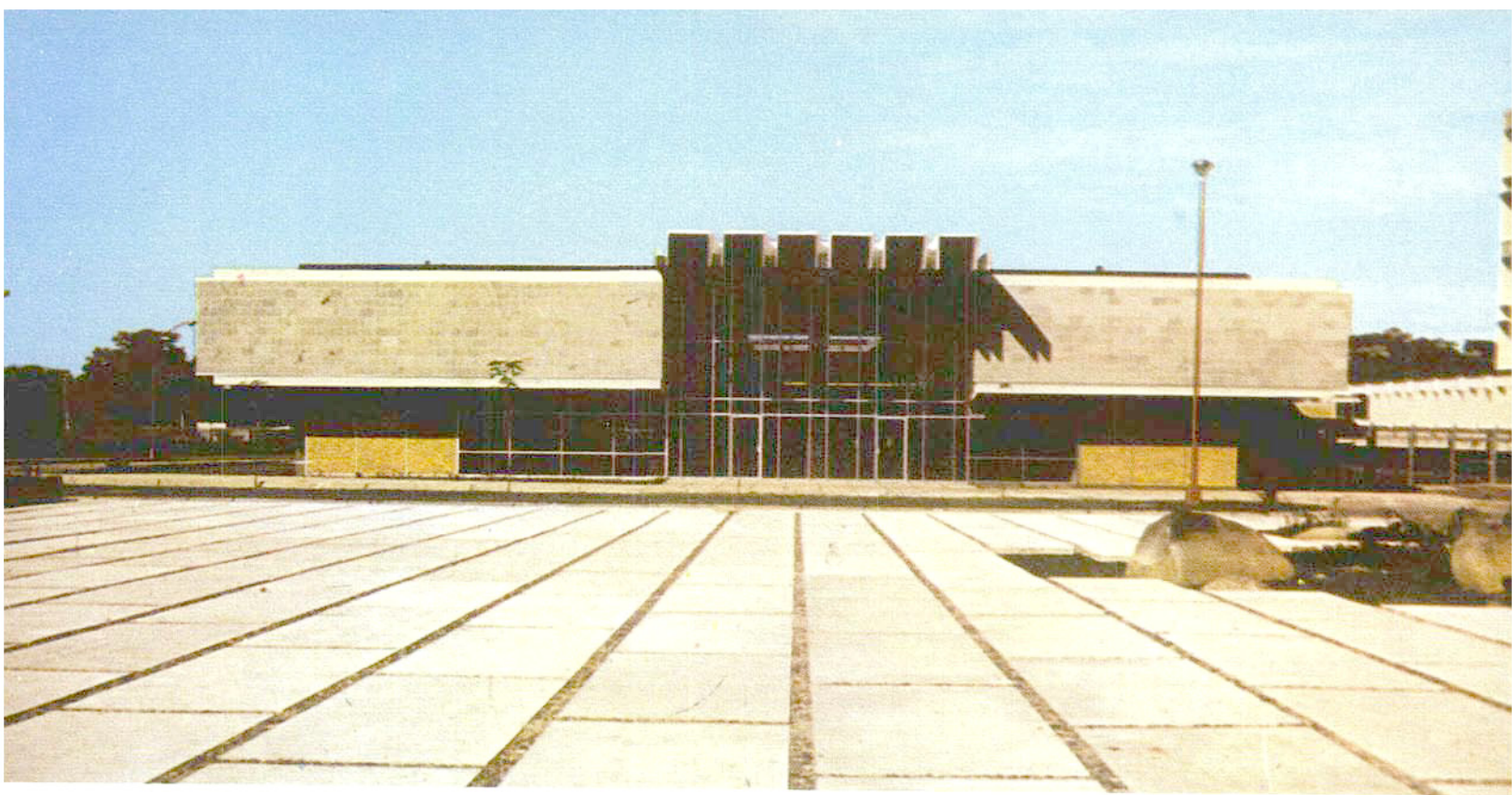
Acceso al edificio de consulta externa realizado por el Arq. Joaquín Sánchez Hidalgo.

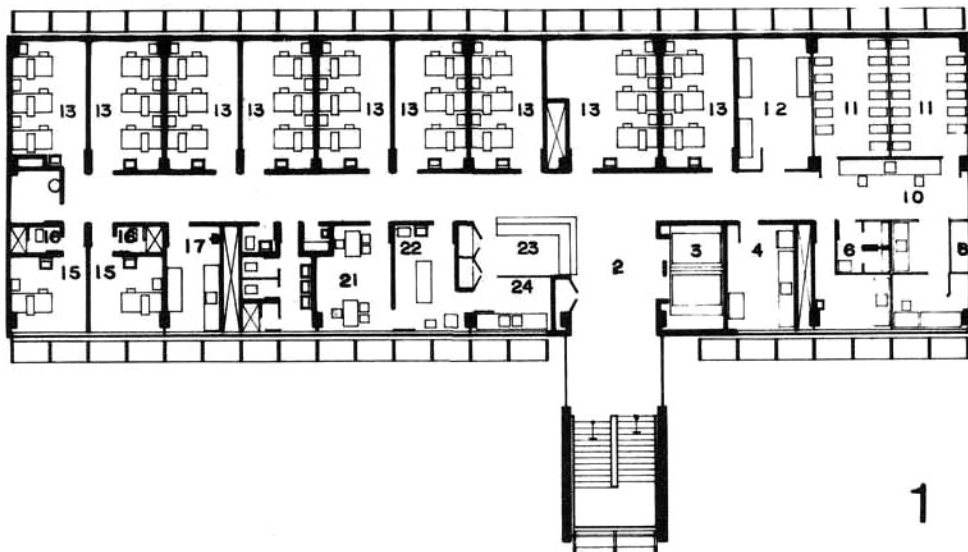
4

Las instalaciones del IMSS son de gran calidad y mejoran las condiciones de los lugares donde se realizan.

5

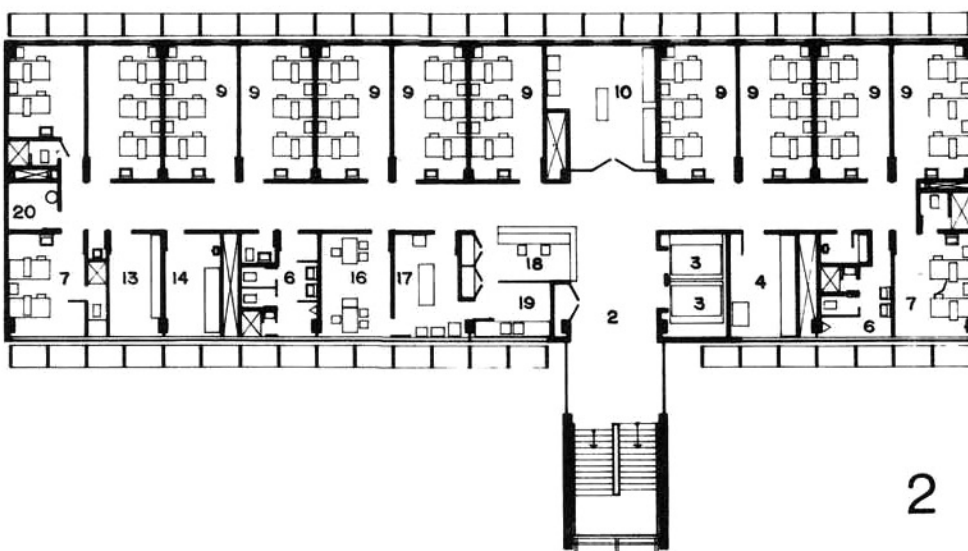
Vista de Conjunto de la clínica hospital localizada en la ciudad de Tapachula, Chiapas.





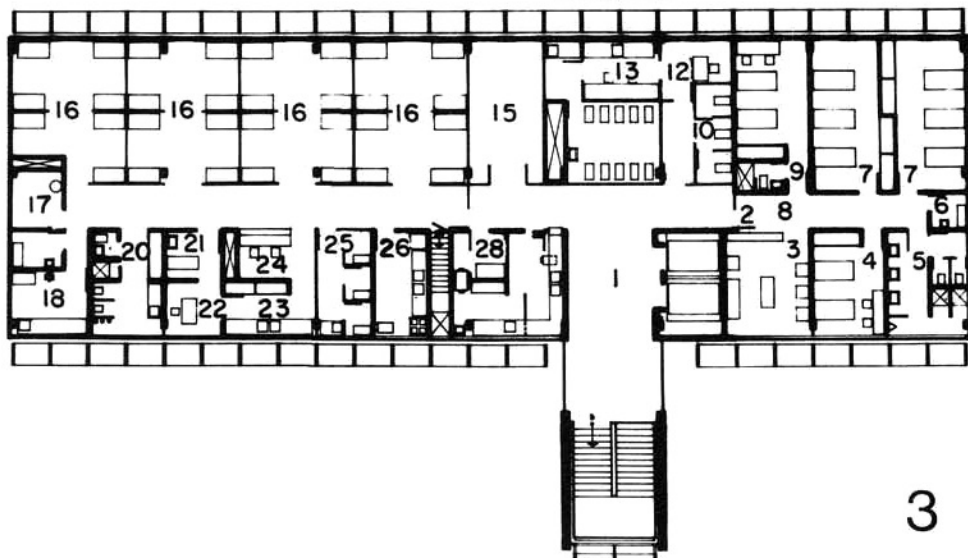
1
TAPACHULA, CHIAPAS.
HOSPITALIZACIÓN 1er. PISO.

1.—Escalera. 2.—Vestíbulo. 3.—Elevadores. 4.—Tizaneria. 5.—Cuarto séptico. 6.—Aislados. 7.—Baño de artesa 8.—Ropería. 9.—Oficina médico. 10.—Estación enfermeras. 11.—Sala de cunas. 12.—Sala de madres. 13.—Cuarto tres camas. 14.—Ductos. 15.—Cuarto, una cama. 16.—Baño. 17.—Cuarto séptico. 18.—Sanitario de personal 19.—Baños y sanitarios enfermos. 20.—Cuarto de aseo. 21.—Oficina médico. 22.—Sala de curaciones. 23.—Estación de enfermeras. 24.—Trabajo de enfermeras.



2
2o. Y 3er. PISOS.

1.—Escalera. 2.—Vestíbulo. 3.—Elevadores. 4.—Tizaneria. 5.—Cuarto séptico. 6.—Baños y sanitarios enfermos. 7.—Cuarto, dos camas. 8.—Baño. 9.—Cuarto, tres camas. 10.—Sala de día. 11.—Ductos. 12.—Cuarto de aseo. 13.—Utilería. 14.—Cuarto séptico. 15.—Sanitario de personal. 16.—Oficina médico. 17.—Sala de curaciones. 18.—Estación de enfermeras. 19.—Trabajo de enfermeras. 20.—Ropería.



3
CUARTO PISO.

1.—Vestíbulo. 2.—Habitaciones médicos. 3.—Estancia. 4.—Habitación 2 camas hombres. 5.—Baños y sanitarios hombres. 6.—Cuarto de aseo. 7.—Habitación 3 camas hombres. 8.—Habitación 2 camas mujeres. 9.—Baño. 10.—Prematuros. 11.—Aislados. 12.—Demostraciones. 13.—Estación de enfermeras. 14.—Incubadoras y bacinetas. 15.—Sala de madres. 16.—Lactantes y pre-escolares. 17.—Ropa sucia. 18.—Séptico. 19.—Sanitario de personal. 20.—Baños y sanitarios niños. 21.—Curaciones. 22.—Médico. 23.—Trabajo de enfermeras. 24.—Estación de enfermeras. 25.—Aislados. 26.—Tizanera. 27.—Maquinaria de elevadores. 28.—Banco de leches.

4
OFICINAS ADMINISTRATIVAS.
PLANTA BAJA.

1.—Pórtico. 2.—Vestíbulo. 3.—Público. 4.—Mostrador. 5.—Archiveros. 6.—Trabajo. 7.—Correspondencia. 8.—Sanitario mujeres. 9.—Sanitario hombres. 10.—Ducto aire acondicionado. 11.—Proyección volado.

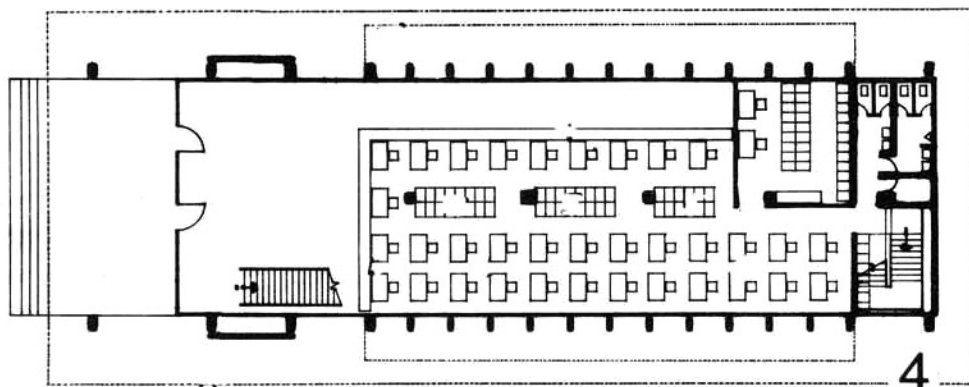
5
Los elementos modulares son característicos en esta obra realizada por el Arq. Joaquín Sánchez Hidalgo.

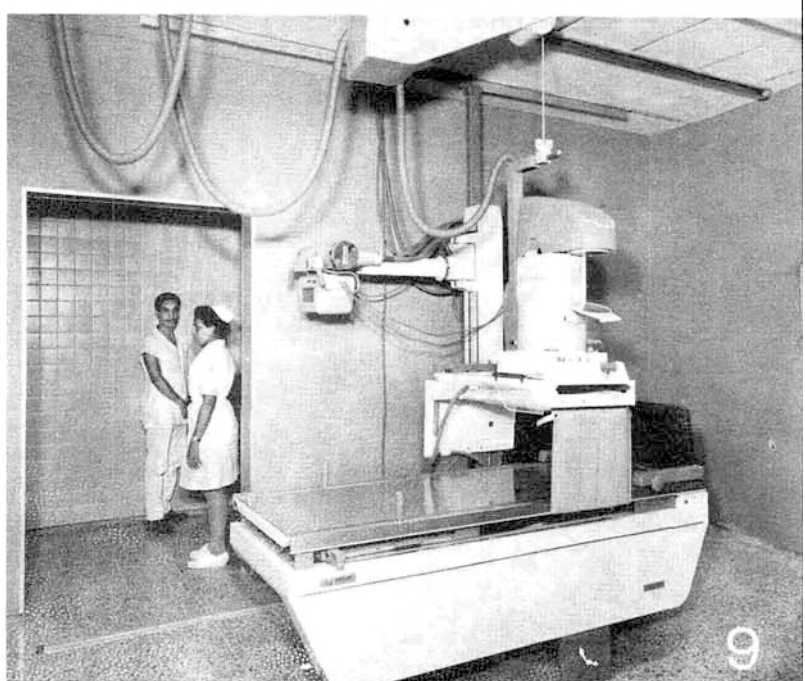
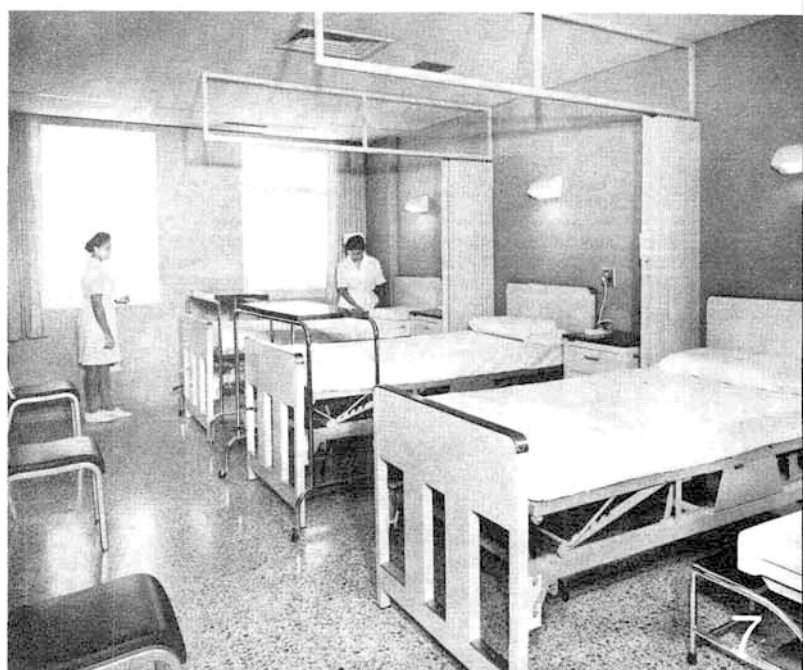
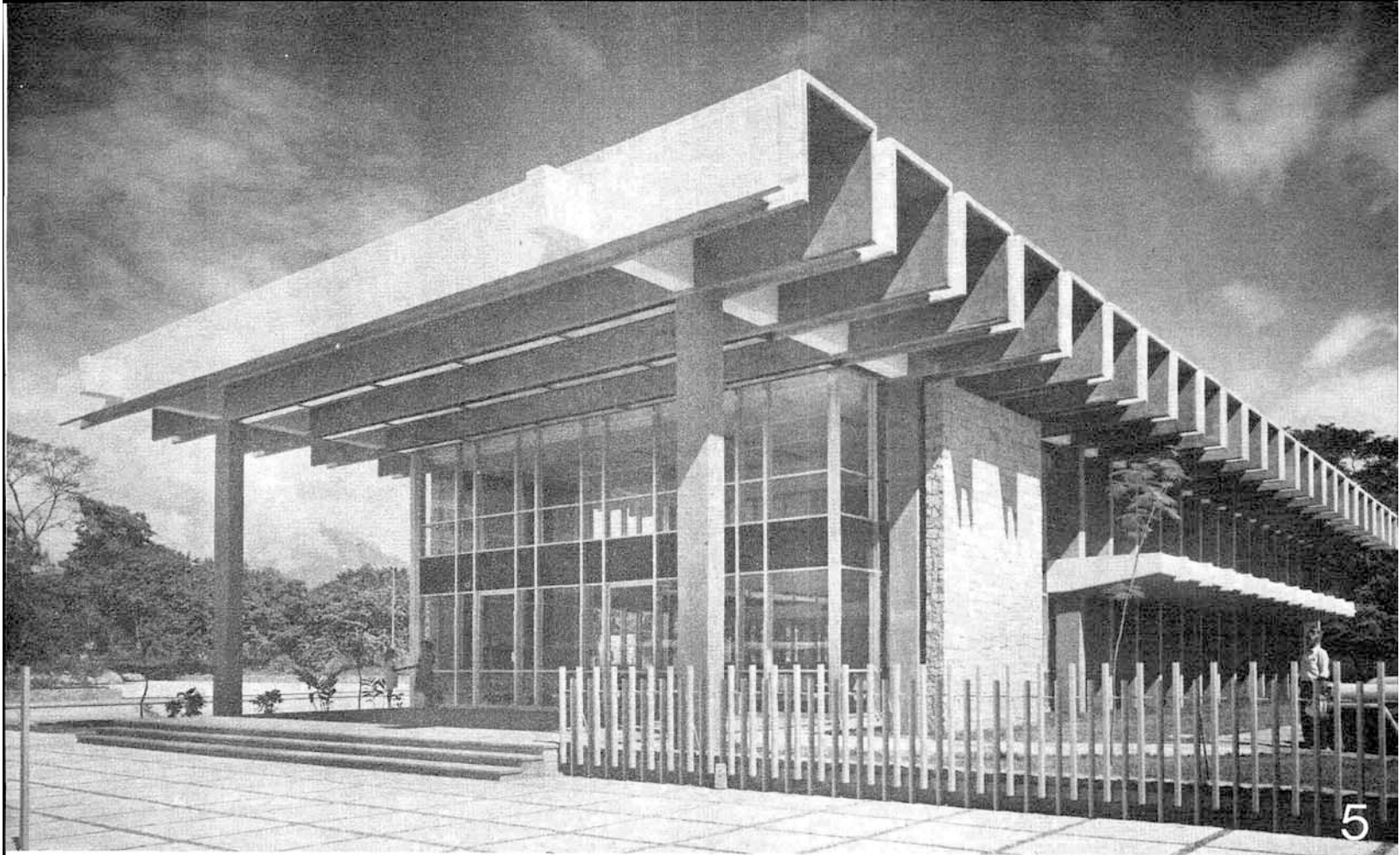
6
Vestíbulo interior de la consulta externa.

7
Interior de la sección de hospitalización.

8
Salas de espera.

9
El servicio médico se extiende cada día más.





la seguridad social en mexico

Dr. Ignacio Morones Prieto

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Colaboradores:

Dr. José Figueroa Ortiz
Dr. Guillermo Romero Martínez
Dr. Rodolfo Ríos Zertuche.

* Selección de textos de la conferencia presentada ante la XVIII ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS.

Evolución doctrinaria; su participación en el desarrollo económico social.

"Uno de los instrumentos primordiales con que cuenta el Estado para cubrir amplias esferas de su política de bienestar, está representado por el Sistema de Seguridad Social, encargado de redistribuir el ingreso en el ejercicio pleno de la solidaridad nacional."

"De origen material modesto, rodeado de desorientación e incompreensión, hoy es ante el mundo uno de los logros más vigorosos de nuestra gesta revolucionaria; su crecimiento sin pausa ha permitido en su corta vida proteger al 18% de nuestra población y, desde hace 14 años, se buscan soluciones propias que permitan incrementar el universo de población derechohabiente, encontrando en la actual gestión gubernamental la preocupación permanente por extender sus beneficios al mayor número de mexicanos".

"Si pretendemos referirnos a la participación que la Seguridad Social tiene en el desarrollo económico y social del país, resulta conveniente considerar previamente algunas características del orden económico presente en México.

El desarrollo económico persigue, mediante el sostenimiento de un esfuerzo productivo creciente, un mayor producto nacional, objeto de una distribución equitativa que de una manera convergente determine necesariamente la elevación del nivel de vida de los miembros de la colectividad a la que pertenecemos; estos objetivos básicos del desarrollo económico incluyen el paralelismo entre lo económico y lo social, resultante ineludible de una planificación integrada que oriente y defina las metas precisas de los programas de gobierno.

El grado de desarrollo logrado por un pueblo, puede medirse de múltiples formas, la más simplista es sin duda cuando se basa en el porcentaje de la población ocupada que se dedica a las actividades primarias; cuando éste es alto los signos más específicos del subdesarrollo seguramente estarán presentes.

En México, el 50.6% de la población ocupada se dedica aún a las actividades primarias, situación congruente con nuestra estructura demográfica y con el estadio de desarrollo alcanzado y que ampliamente fundamentan los problemas de marginación que tenemos, obligándonos a reconocer la existencia del México urbano con fuertes tasas de crecimiento económico y la del México rural con indicadores bien definidos de estancamiento secular, en muchas zonas del mismo.

Esta situación ha determinado que nuestra planeación nacional, oriente prioritariamente vigorosos programas tendientes a incorporar a nuestro medio rural al grado de desenvolvimiento del medio urbano, a fin de asegurar un desarrollo equilibrado.

La Seguridad Social no puede separarse de la tendencia apuntada, porque de hacerlo negaría su esencia doctrinaria, se apartaría de la programación general y acrecentaría los problemas de marginación, es decir, sus beneficios no pueden restringirse a la fuerza laboral toda vez que consolidaría un sector privilegiado a expensas de los más débiles; pues no debemos olvidar que las cargas económicas que implica la Seguridad Social representan: para el sector empresarial uno de los renglones que integran el gasto de producción; para los obreros, conquisistas que se traducen en un mayor salario y para el estado, su inclusión en el gasto público, situaciones que directa o indirectamente inciden en todos los sec-

tores del pueblo, con lo que deformaríamos plenamente los fines redistributivos de la Seguridad Social y del propio desarrollo económico al negar estos derechos a todo sector no asalariado."

"Para estas razones creemos que los objetivos económicos de nuestro desarrollo jamás podrán prescindir de la incidencia que representen las cargas de la Seguridad Social en la economía, por lo que no exageramos al calificarlas como inversiones indispensables para la vida nacional".

Planteamiento necesario para la extensión de la Seguridad Social en población no asalariada.

Ha sido inquietud permanente del Instituto Mexicano del Seguro Social encontrar las formas adecuadas que permitan extender los beneficios de la Seguridad Social a la población no asalariada de nuestro pueblo.

La problemática que plantea la incorporación de esta población necesariamente debe contemplarse en dos grandes medios: el urbano y el rural. En el primero de ellos podemos afirmar que los problemas se minimizan relativamente, y se resuelven mediante la organización de las diferentes ramas de la actividad económica, aplicando las prestaciones establecidas por ley o ejerciendo las facultades que la propia legislación otorga al Instituto para celebrar convenios específicos.

No podemos decir lo mismo cuando nos referimos a la población rural, que representa más de la mitad de los habitantes de México, congregada en más de cien mil comunidades, de las que un 90% no alcanzan a contar con quinientos habitantes; por tales razones, me permitiré abordar el tema orientándolo fundamentalmente a nuestra población campesina.

Los principales problemas que plantea la extensión de la Seguridad Social al ámbito rural, podrían resumirse en los siguientes capítulos:

- * Dispersión de la población.
- * Deficientes medios de comunicación.
- * Bajo nivel de vida (Insuficiencia e inseguridad del ingreso, heterogeneidad de la estructura de la fuerza laboral agrícola, alimentación inadecuada, vivienda insalubre).
- * Bajo nivel cultural.
- * Ausencia o funcionamiento rudimentario de servicios públicos auxiliares de la gestión administrativa.
- * Variedad en los regímenes de tenencia de la tierra.
- * Inestabilidad de precios en la producción.
- * Bajos índices de productividad en los procesos agrícolas.
- * Problemas en la construcción funcionamiento y aprovechamiento de las instalaciones médicas.

- * Problemas de contratación de personal médico y para-médico.
- * Complejidad administrativa de las estructuras de seguridad social y altos costos de operación.
- * Ausencia o coordinación incipiente de instituciones responsables de la salud.

La combinación de los factores enunciados constituye un problema insuperable si pretendemos solucionarlos con apego a los conceptos tradicionales; ya que en el mejor de los casos, sólo permiten la extensión en escalas mínimas, insuficientes para proteger siquiera el equivalente del incremento demográfico del sector aludido.

Por otra parte, si cada uno de los factores señalados se analiza en niveles nacionales buscando la forma que permita la solución integral, inmediata y de características también nacionales, tendremos necesariamente que concluir que no existen recursos humanos, materiales y económicos suficientes para resolver el problema; lo anterior determina la necesidad de una estrategia que visualice globalmente el problema, pero mediante una concepción que defina a la extensión como un **proceso gradual en cuantía, en tiempo y en espacio**. Cuantía en relación al monto de las prestaciones, con programas mediatos e inmediatos en función del tiempo y cubriendo cada vez mayor espacio del territorio nacional; es con este planteo cuando muchos puntos en apariencia inaccesibles, son fácilmente superados.

La dispersión de la población, manifiesta por el alto número de localidades con pocos habitantes, exige el establecimiento de índices que califiquen en escala nacional y desde el gabinete, a todas las comunidades, determinando la posible elección o la eliminación temporal de cada una de ellas en futuros planes de extensión. Entre otros indicadores pueden apuntarse los que siguen: demográfico (más de x número de habitantes), presencia de instalaciones médicas (propiedad de la Institución de Seguridad Social o de otras dependencias oficiales), las vías de comunicación, el tipo de tierras, la operación de Instituciones de crédito y de ser posible, el diagnóstico económico del área, en función no solo de la población económicamente activa, sino valorando además, el monto de producción.

De esta manera, si tenemos en mente el número de campesinos que deseamos incorporar a los beneficios de la seguridad social, estamos ante la posibilidad de seleccionar regionalmente a las comunidades que ofrezcan mejores condiciones relativas para la implantación del sistema, resolviendo implícitamente problemas de falta de comunicaciones y tendiendo bases sólidas en financiamiento, en coordinación interinstitucional y en el aprovechamiento racional de recursos materiales y humanos ya existentes en el sector salud.

El bajo nivel de vida, la presencia de servicios públicos, los problemas de te-

La creación del Seguro Social. Trajo consigo la incompreensión.

No se sabía a ciencia cierta cuál iba a ser su función.

nencia de la tierra y los relativos a la producción, representan esferas de acción integral de gobierno, en las que las instituciones de Seguridad social deben participar en procesos de suma de esfuerzos y con la intervención que la planeación nacional les asigne; en aquellas acciones en que los campos de aplicación y responsabilidad no son bien definidos, mediante convenios de coordinación o integración que permitan la convergencia de esfuerzos y recursos en una tarea común.

Las acciones sociales representan medios adecuados no solo de divulgación y de motivación de los principios de la Seguridad Social, sino además, permiten establecer formas de organización, con tendencia al cambio de algunos patrones culturales, en los que pueden cimentarse la participación activa de los miembros de la comunidad en el esfuerzo que impone el propio desarrollo.

Los problemas inherentes a la construcción, funcionamiento y aprovechamiento de las instalaciones médicas, deben analizarse considerando en primer término las propias experiencias institucionales, mismas que suplen el empleo de índices bioestadísticos cuando estos no son del todo confiables, en la base del proceso de planeación; es decir, la instrumentación del proceso planificativo se establece no en relación a la morbi-mortalidad, sino adecuándola a la resolución de una demanda teórica del servicio estadísticamente predeterminada. La construcción de esta demanda surge de números índices que permiten conocer qué parte del universo beneficiario requerirá el servicio, en cuántas ocasiones y su comportamiento en atenciones de carácter general, de especialización, alta especialización y sus relaciones con demandas de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Lo anterior crea la posibilidad de establecer en nivel nacional una regionalización funcional de los servicios médicos, que partiendo de los recursos materiales de salud ya existentes, establece diferentes estratos de solución de la demanda, que van de la medicina general y de las urgencias a la especialidad y alta especialidad.

Con ello se establece que el área física de las unidades médicas se encuentra directamente relacionada con las funciones que tienen encomendadas; si a lo anterior se adiciona el apoyo de otras dependencias encargadas de la salud, mediante convenios de integración, coordinación o subrogación, encontraremos el aprovechamiento de los recursos ya existentes y una reducción bastante considerable de los programas de construcción de unidades.

La calidad de las atenciones queda asegurada con la concepción de un sistema nacional que lo mismo da el derecho de asistir a un modesto consultorio que a la mejor de sus unidades de concentración, en función exclusivamente de las necesidades del beneficiario.

Otro factor que participa en el problema del funcionamiento adecuado de las instalaciones, lo representa sin duda la disponibilidad y contratación del personal médico y para-médico.

Escapa a la discusión el hecho de que.



nuestro país se encuentra aún muy lejos de contar con relaciones médico/habitantes satisfactorias; principalmente por la formación limitada de profesionistas y por la tendencia a congregarse en los grandes núcleos urbanos. Ante este problema, es necesario invitar a los médicos recién graduados aprovechando ese lapso de dos años a partir de su recepción profesional, orientándolos y brindándoles la oportunidad de servir, estableciendo emolumentos decorosos y motivando su dedicación al trabajo mediante una serie de estímulos debidamente programados en lo que podríamos llamar la Carrera Institucional del Médico. El médico recién graduado que por su libre albedrío y sin ninguna presión seleccione esa carrera institucional, la iniciará en las áreas rurales, como requisito previo a la obtención de becas y ascensos en los diferentes campos de la medicina en donde la dedicación y el esfuerzo serán el único camino para aspirar a los más altos cargos técnicos y administrativos del Sistema Nacional de la Seguridad Social.

Aunado a lo anterior, es necesario el aprovechamiento adecuado del personal médico que se canaliza al campo, por los problemas de dispersión de población ya señalados, toda vez que contamos con localidades demasiado pequeñas que no ameritan la adscripción permanente de un médico, estableciéndose visitas debidamente calendarizadas y en atención a la demanda de servicios, previendo la protección de la población derechohabiente cuando el médico no esté presente.

La experiencia nos ha enseñado la negatividad de que los servicios médicos se organicen al amparo de conceptos teóricos que eviten la confrontación operacional que representa su aplicación en trabajos previos de campo y la evaluación cuidadosa de acciones realizadas en otras épocas, desde aquellos servicios de tipo móvil promovidos hace más de treinta años, hasta las que actualmente funcionan en las diferentes zonas rurales en las que opera el Instituto Mexicano del Seguro Social."

"El contar con una regionalización funcional de los servicios, que resuelva las demandas de la población derechohabiente en diferentes estratos, que van desde el modesto consultorio hasta las unidades de concentración, plantea la posibilidad entre otras, de abordar el problema médico de las pequeñas comunidades con la organización de sistemas radiales, en torno a una comunidad rectora de la que dependen y que representa un estrato superior en la solución de sus problemas; cada comunidad del sistema, se encuentra radio-comunicada, con vías de acceso adecuadas y a una distancia máxima de una hora de la comunidad rectora. Cuando el médico no se encuentra en la comunidad la radio-comunicación hace posible el contacto entre el paciente y el médico de guardia en la comunidad rectora, resultando de ello, cualquiera de las siguientes situaciones: a) cita al derechohabiente para consulta en su comunidad; b) prescripción del médico al paciente por conducto del paramédico polivalente; c) determinación por parte del médico de que el caso es una urgencia, ordenando al para-médico polivalente las medidas terapéuticas iniciales y la movilización del paciente a la comunidad rectora.

Las atenciones no resueltas, especialidades y alta especialidad, en este sistema radial, son canalizadas a las unidades regionales o nacionales de concentración al que corresponda el sistema.

Colateral a los programas de adoctrinamiento, deben establecerse programas de adiestramiento, que proporcionen post-gradados adecuados a las necesidades aplicativas de la Seguridad Social mediante la citada carrera institucional y otros cursos que permitan la formación de personal técnico y auxiliar necesario para la buena marcha de los servicios.

La aplicación de los factores enunciados, la contratación del cuerpo médico responsabilizándolo de comunidades, la incorporación de personal no médico polivalente, y el establecimiento de un cuadro básico acorde a las demandas epidemiológicas de la región, son factores determinantes en la organización de una estructura administrativa simplificada con bajos costos de operación, que sirve de base para la estructuración de un sistema de seguridad social rural, con procedimientos diferentes, a los que actualmente emplea el seguro clásico, que si bien son operantes en el medio urbano, no acontece lo mismo en el medio rural, por las amplias diferencias que ambos tienen; de ahí la necesidad de concebir a la Seguridad Social Mexicana, como un sistema con dos ramas de acción, la urbana y la campesina.

La Seguridad Social Campesina, plantea substancialmente la concepción de principios, técnicas y métodos de operación adecuados a la población a que se dirigen, a fin de contar con prestaciones que resuelvan prioritariamente las necesidades de la familia campesina, abatiendo los costos de operación, de manera que se puedan establecer cuotas accesibles a los campesinos, de cuantía inferior a las que actualmente aporta el obrero, no obstante que la inmensa mayoría de los trabajadores del campo, no cuentan con patrón y consecuentemente carezcan de la ayuda en el pago de cotizaciones que la ley señala para el sector empresarial.

El análisis cuantitativa y cualitativa de la demanda de servicios, permite proponer el sistema de trabajo descrito y además, sienta las bases para determinar plantillas de personal, programas de construcciones, erogaciones iniciales y de mantenimiento, programas de adiestramiento y adoctrinamiento y desde luego los presupuestos de operación, a través de un sistema de cálculo predeterminado, que cuantifica el monto de la aportación estatal y de la cuota campesina y con ello, el establecimiento equilibrado de un régimen financiero de reparto que cuenta además con el apoyo que implica la redistribución del ingreso en el ejercicio de la solidaridad nacional.

Merece consideración especial, el capítulo referente al financiamiento de los servicios descritos. Atendiendo a las escasas posibilidades contributivas de la mayor parte de los trabajadores del campo, el Estado ha decidido asumir un responsabilidad mayor en relación con el sistema urbano, respecto al pago del costo de los servicios, tratando así de evitar

cargas económicas, que el medio rural no está en posibilidad de satisfacer; sin embargo, y para no incurrir en la posición negativa de considerar al campesino como sujeto de asistencia social, sino con el más elevado propósito de fortalecer la dignidad del hombre, tratándolo como un mexicano digno, dispuesto a colaborar directa o indirectamente en el pago de su seguridad social, se establecen sistemas de aportación colectiva que podrán ser liquidados en efectivo, en especie, en trabajo o en forma mixta, tomando a la comunidad en conjunto como unidad aportante; se complementa el costo de la Seguridad Social con la aportación del Gobierno Federal, toda vez que la estructura financiera es bipartita: Estado y Campesinos.*

Al mencionar a la comunidad como unidad aportante, se enfatiza el hecho de que el total de habitantes son derechohabientes del sistema y participantes en la integración de la aportación comunal.

El monto de cotización obedece al estrato social al que pertenece la familia y de conformidad con los convenios establecidos por la Institución, que se fundamentan en estudios matemático-actuariales previamente definidos.

Los miembros de la comunidad, organizados en comités, que se integran con líderes formales e informales del lugar, participan responsabilizándose de sus obligaciones con la Institución.

El equilibrio financiero se establece mediante la selección de áreas, en las que se realizan diagnósticos socio-económicos; pudiéndose implantar el sistema en todas aquellas que representen la obtención de remanentes; o la operación sin éstos, pero tampoco con pérdidas; la operación en áreas débiles económicamente, queda sujeta a la disponibilidad de remanentes de áreas desarrolladas rurales o urbanas.

De las formas de pago, la que se hace en efectivo no amerita análisis, no así el pago en trabajo o en especie. **Hemos apuntado ya que la cotización es colectiva, pero no desconocemos que existen dentro de la comunidad, débiles sociales incapaces de aportar cuota alguna; pero también hemos enfatizado que el programa no persigue la asistencia social, y acepta por ello mediante la decisión de sus comités, el pago en trabajo en obras de beneficio comunal, logrando de este modo, que los miembros de la comunidad recuperen en satisfactorios sociales la contribución aportada, que permita la incorporación de este grupo a los beneficios del programa. Es más importante el pago en trabajo cuando éste se realiza en promociones productivas generadas por la propia Seguridad Social. El pago en especie acaba por convertirse en efectivo, mediante operaciones de venta locales o regionales.**

Respecto a la concentración de aportes, nuestra experiencia nos señala que pueden ser múltiples y por ello flexibles y adecuados a cada comunidad; por conducto de instituciones que avalen u otorguen partidas específicas para el pago de Seguridad Social o mediante los movimientos realizados por uniones de crédito, de producción, grupos solidarios,

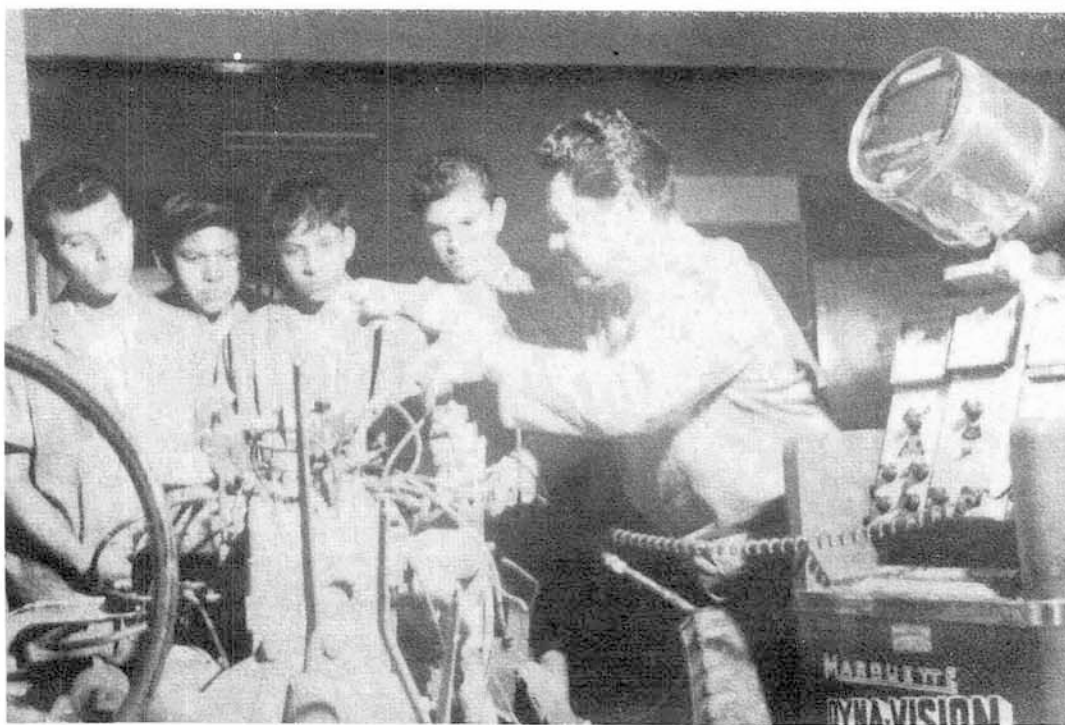
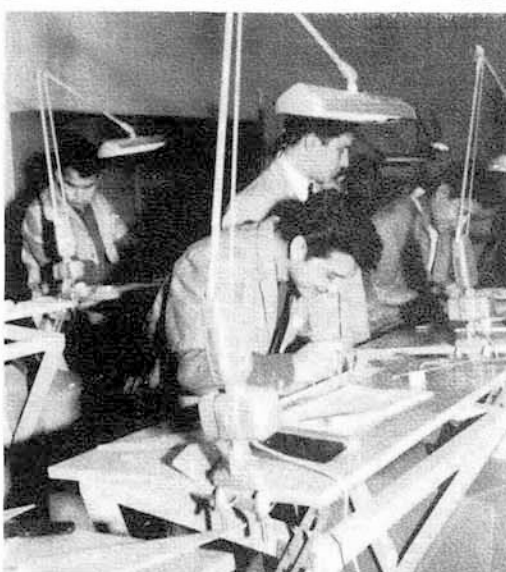
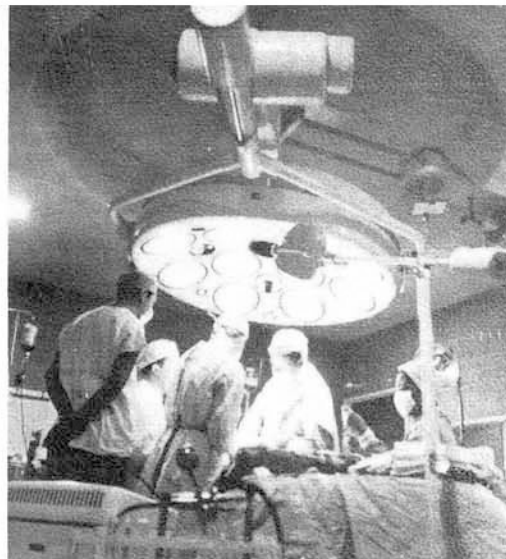
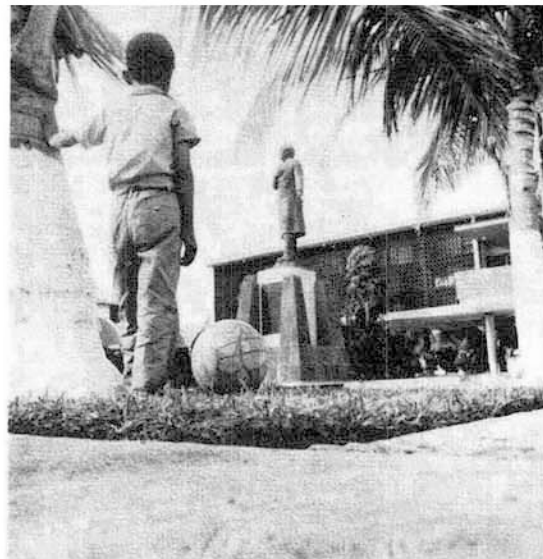
CONASUPO, UNPASA, ANDSA, Asociaciones Regionales, Banca Privada, Rete-
nedores o directamente con los comités.

De lo anterior puede deducirse fácil-
mente, que para lograr la extensión de
la Seguridad Social al medio rural, de-
ben alcanzarse los siguientes

Objetivos

- * La extensión de la Seguridad Social, debe ser elemento integrante del programa nacional del desarrollo económico-social.
- * Cualquier proceso de extensión de la Seguridad Social al Campo, debe ser producto de amplios estudios de planeación.
- * La Seguridad Social Campesina, debe seleccionar prioritariamente los grupos de prestaciones que más necesita la familia campesina, con cuotas accesibles a esta y con mayor participación del Estado, en relación al Seguro Urbano.
- * La extensión debe comprender acciones educativas y sociales que promuevan la organización y motiven la participación activa de los derechohabientes, en las tareas que impone el propio desarrollo.
- * La extensión de la Seguridad Social, debe comprender, principios, técnicas y procedimientos propios para el medio en que actúa.
- * La implantación del sistema debe iniciarse en aquellas comunidades rurales que ofrecen mejores condiciones relativas.
- * La extensión al campo, debe plantearse con criterio de universo abierto, es decir, de protección generalizada para los habitantes de una comunidad.
- * La extensión debe ser resultante de una regionalización funcional de los servicios médicos en escala nacional.
- * La extensión debe apoyarse en el aprovechamiento adecuado de los recursos materiales de salud ya existentes, sean estos propiedad de la Institución de Seguridad Social o de otras dependencias oficiales; con lo que se limitan los programas de construcciones.
- * La extensión debe comprender acciones de adoctrinamiento y adiestramiento, que le aseguren personal idóneo.
- * El proceso de extensión debe procurar por la coordinación de las diferentes dependencias responsables de la salud, sobre la base de objetivos comunes, respecto a la individualidad institucional y de unidad en la acción, en el logro de la máxima productividad.

De una manera general, consideramos que estos son los planteamientos mínimos necesarios para lograr extender los beneficios de la Seguridad Social, a la población rural de México."

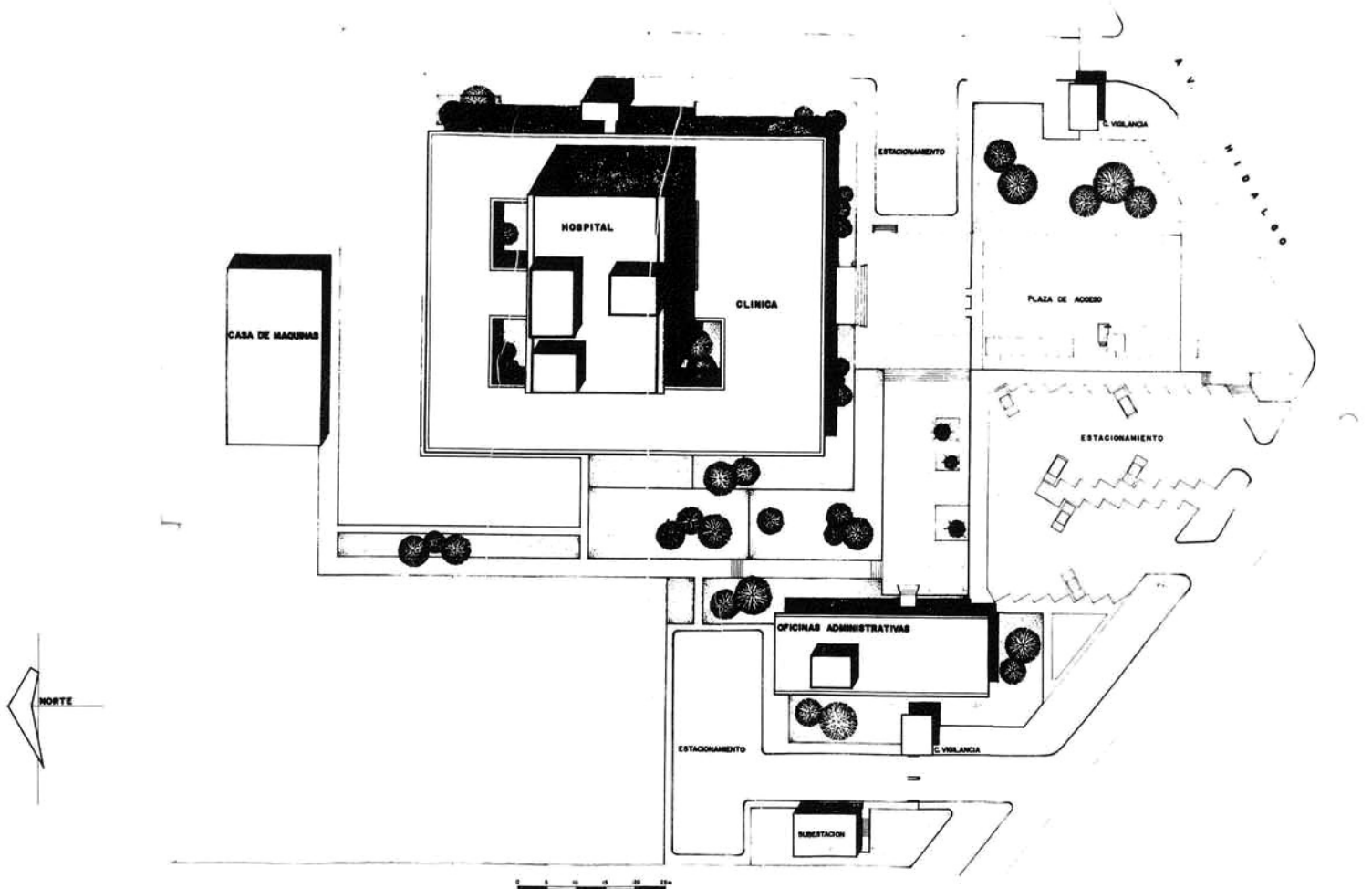




1
Detalle de entrada.

2
Planta de conjunto.

Arq. Guillermo Ortiz Flores.





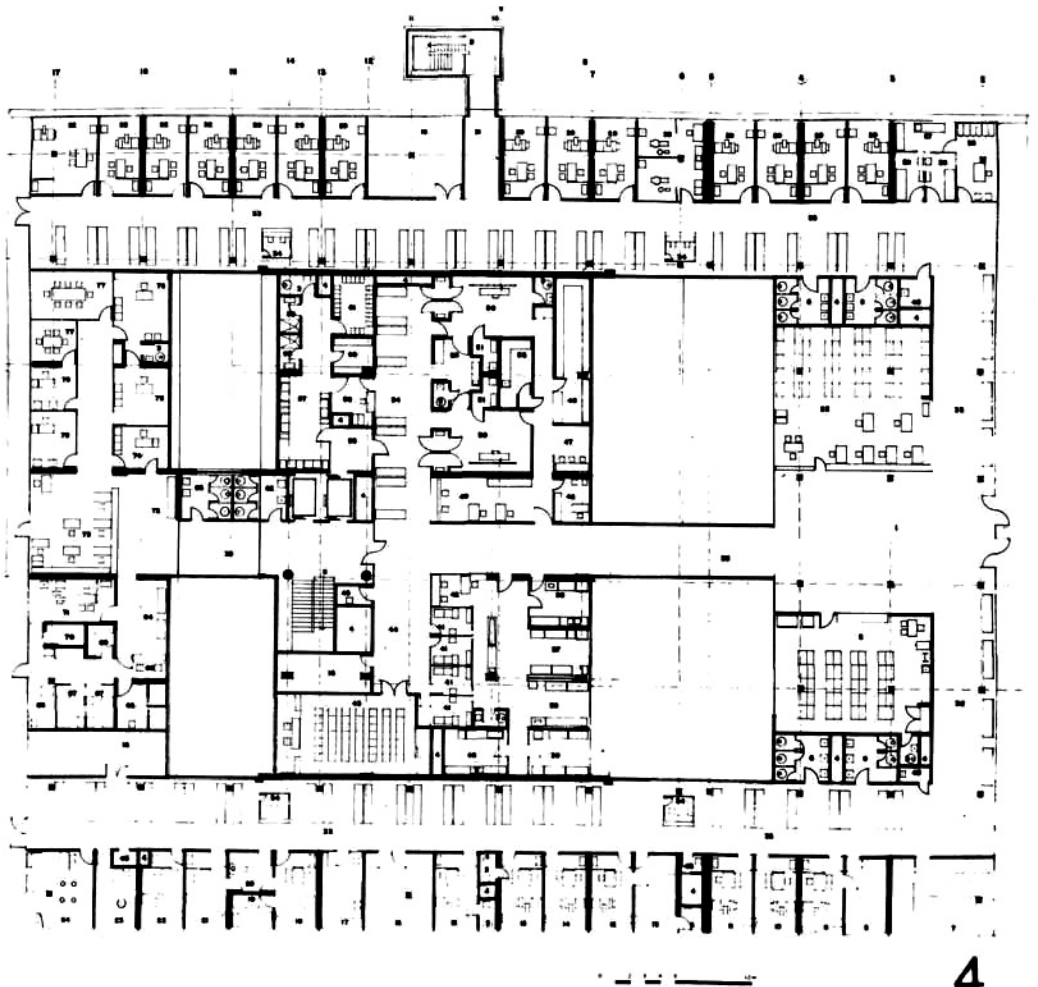
3

Vista de conjunto de esta obra realizada por el IMSS.

4

HOSPITAL GENERAL Y CLINICA.
REYNOSA TAMAULIPAS.
PLANTA BAJA,

1.—Vestíbulo General. 2.—Farmacia. 3.—Sanitario.
4.—Ducto. 5.—Sanitario público hombres. 6.—Sanitario Público Mujeres. 7.—Aula. 8.—Consultorio de Traumatología. 9.—Anexo de Traumatología. 10.—Gastroenterología. 11.—Neurosiquiatria. 12.—Consultorio de Urología. 13.—Anexo de Urología. 14.—Consultorio de Pediatría. 15.—Consultorio Ginecología. 16.—Local aire acondicionado. 17.—Subcentral de Esterilización. 18.—Consultorio de Cardiología. 19.—Electrocardiografías. 20.—Fluoroscopia. 21.—Consultorio de Neumología. 22.—Consultorio disponible. 23.—Otorrinolaringología. 24.—Oftalmología. 25.—Archivo clínico. 26.—Medicina Preventiva. 27.—Trabajo de enfermeras. 28.—Cubículo medicina preventiva. 29.—Consultorio de Medicina general. 30.—Consultorio Dental. 31.—Comunicación urgencias. 32.—Eventuales. 33.—Sala de Espera. 34.—Control. 35.—Puente de Comunicación. 36.—Laboratorio de Urgencias. 37.—Química Clínica. 38.—Hematología. 39.—Bacteriología. 40.—Microbiología. 41.—Cubículo toma de productos. 42.—Control Laboratorio. 43.—Sala de Conferencias. 44.—Sala de Espera Laboratorio. 45.—Cuarto de Aseo. 46.—Oficina Jefe Rayos X. 47.—Interpretación. 48.—Archivo de Radiografías. 49.—Control Rayos X. 50.—Sala Rayos X. 51.—Control de Aparato. 52.—Enemas. 53.—Cuarto Oscuro. 54.—Sala Espera X. 55.—Vestíbulo de Servicio. 56.—Control Admisión y Altas. 57.—Sala de Altas. 58.—Baño Enfermos Mujeres. 59.—Baño Enfermos Hombres. 60.—Almacén Ropa Hospital. 61.—Ropería (ropa de calle). 62.—Sanitario Hombres. 63.—Sanitario Mujeres. 64.—Sala de Espera. 65.—Control Medicina Física. 66.—Baño Enfermos Medicina Física. 67.—Electroterapia. 68.—Hidroterapia. 69.—Ropería. 70.—Utilería. 71.—Consultorio. 72.—Sala de Espera Oficinas Administrativas. 73.—Oficinas Administrativas. 74.—Trabajo Social. 75.—Sub-dirección. 76.—Dirección. 77.—Sala de Juntas. 78.—Jefatura de Enfermeras. 79.—Oficina Administración.



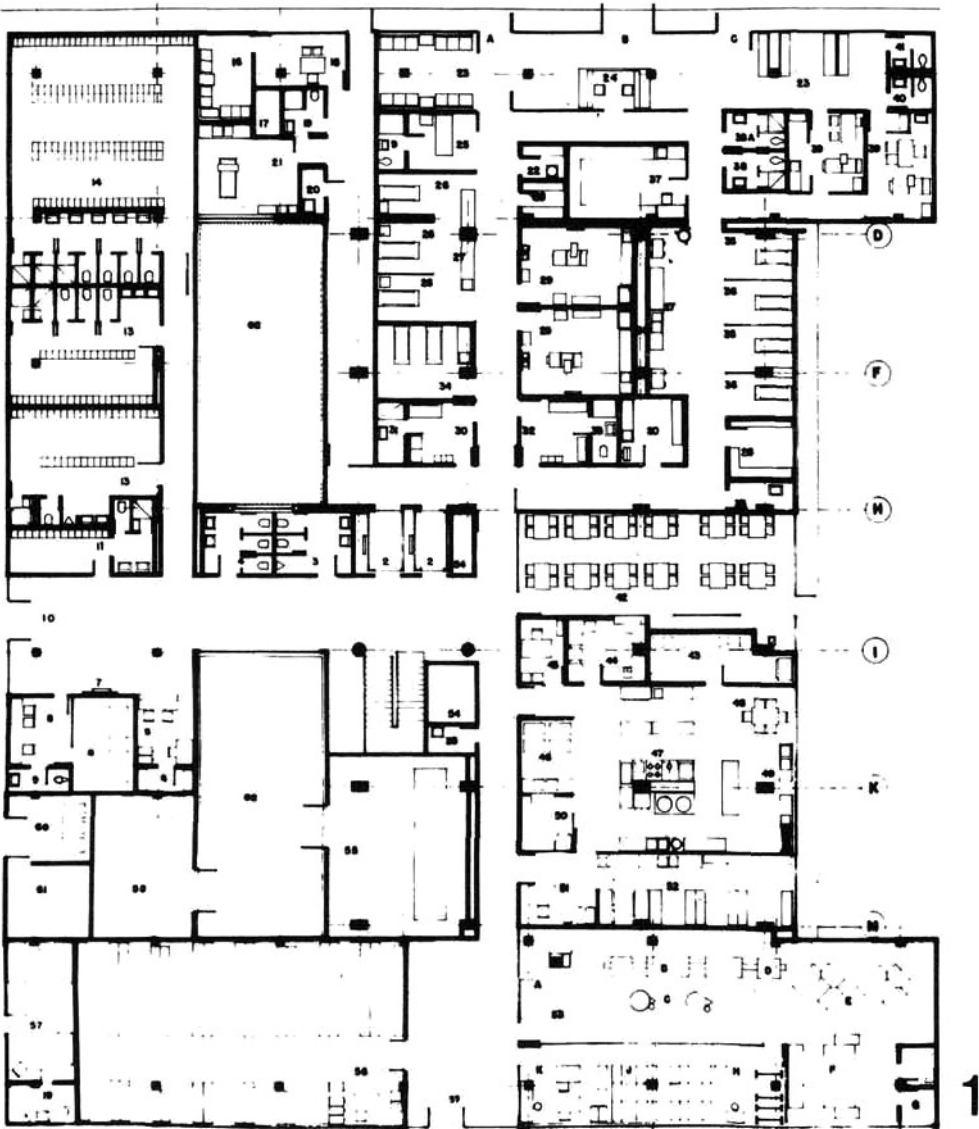
4

**HOSPITAL GENERAL EN REYNOSA,
TAMPS., CON 133 CAMAS**

Arq. Guillermo Ortiz Flores.

Las precauciones que usualmente suelen tomarse en consideración respecto a la orientación de los edificios, pierden sentido cuando lo extremo de las condiciones climáticas hacen indispensable la instalación de un sistema de aire acondicionado.

Lo anterior explica lo esencial de este partido de tipo concentrado. El hospital consta de una torre en la que se alojan las unidades de hospitalización; de una planta baja en la cual se dispusieron tanto la consulta externa como los auxiliares de diagnóstico y los tratamientos, y de un sótano en el que se encuentran los servicios generales.



PLANTA DE SOTANO.

Interior de laboratorio.

Salas de espera.

Exterior de la Clínica Hospital.

1
2
3
4

5

PRIMER PISO QUIROFANO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y HABITACION MEDICOS. 1.—Vestíbulo General. 2.—Elevadores. 3.—Escalera. 4.—Ducto. 5.—Cuarto de Aseo. 6.—Control y Registro de Operaciones. 7.—Rayos X portátil. 8.—Séptico. 9.—Guarda de Anestesia. 10.—Anestesiólogo. 11.—Trabajo de Enfermeras. 12.—Recuperación post operatoria. 13.—Baño de Médicos. 14.—Descanso de Médicos. 15.—Baño de Enfermeras. 16.—Descanso de Enfermeras. 17.—Férulas. 18.—Sala de Operaciones. 19.—Lavado de Cirujanos. 20.—Trabajo de Enfermeras. 21.—Sala de Urología. 22.—Sanitario. 23.—Central de Equipos. A.—Entrega de material sucio. B.—Lavado. C.—Ensamble. D.—Lavado de jeringas, agujas, etc. E.—Lavado y entalcado de guantes. F.—Autoclaves. G.—Supervisor. H.—Guarda de material estéril. J.—Entrega de material estéril. 24.—Aire acondicionado. 25.—Habitaciones médico

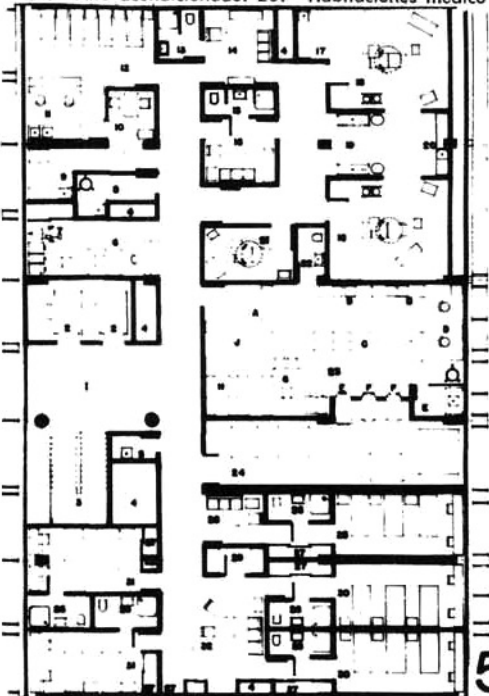
mujeres. 26.—Baño. 27.—Closet. 28.—Estancia mujeres médicos. 29.—Ropería. 30.—Habitaciones Médicos hombres (3). 31.—Habitaciones médicos hombres (2). 32.—Estancia Médicos.

6

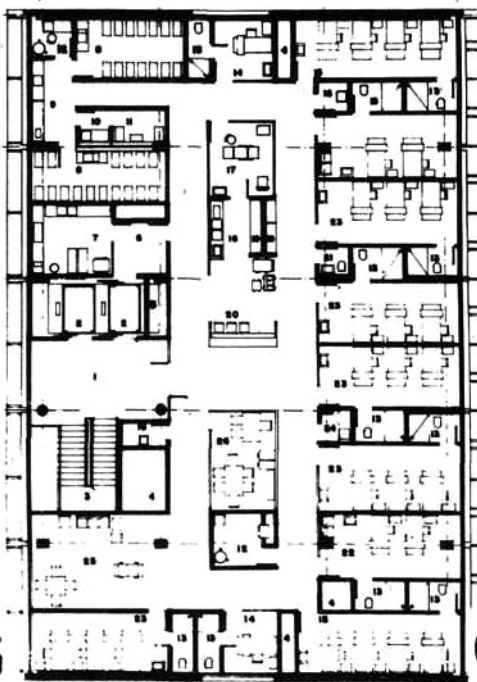
SEGUNDO PISO GINECO-OBSTETRICIA. 1.—Vestíbulo general. 2.—Elevadores. 3.—Escalera. 4.—Ducto. 5.—Tablero general. 6.—Vestíbulo de servicio. 7.—Tizanería. 8.—Cunero recién nacidos. 9.—Trabajo de enfermeras. 10.—Técnicas de aislamiento. 11.—Aislamiento. 12.—Séptico. 13.—Baño. 14.—Aislado. 15.—Encamados (4 camas). 16.—Cuarto de aseo. 17.—Curaciones. 18.—Trabajo de Enfermeras. 19.—Ropería. 20.—Puesto de enfermeras. 21.—Sanitario de enfermeras. 22.—Encamados (2 camas). 23.—Encamados (3 camas). 24.—Cuarto de Flores. 25.—Sala de día. 26.—Cuarto Médico.

7

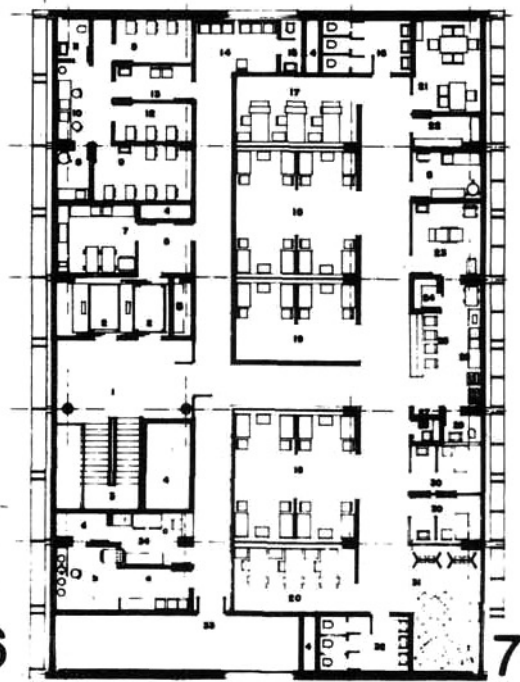
TERCER PISO PEDIATRIA. 1.—Vestíbulo general. 2.—Elevadores. 3.—Escalera. 4.—Ducto. 5.—Tablero general. 6.—Vestíbulo de servicio. 7.—Tizanería. 8.—Séptico. 9.—Incubadoras. 10.—Trabajo de Enfermeras. 11.—Sanitario. 12.—Vasinetas. 13.—Instrucción maternal. 14.—Sala de Madres. 15.—Sanitario. 16.—Baño niños. 17.—Encamados hombres (3 camas). 18.—Sala de lactantes y pre-escolares (8 cunas). 19.—Sala de lactantes y pre-escolares (4 cunas). 20.—Encamados escolares mujeres (3 camas). 21.—Cuarto Médico. 22.—Utería. 23.—Curaciones. 24.—Ropería. 25.—Puesto de Enfermeras. 26.—Trabajo de Enfermera. 27.—Tarjeteros. 28.—Cuarto de Aseo. 29.—Sanitario de Enfermeras. 30.—Aislamiento. 31.—Juegos Niños. 32.—Baños niños. 33.—Aire acondicionado. 34.—Laboratorio de leches.



5



6



7



2



3



4

CLINICA HOSPITAL DE REYNOSA, TAMPS.

CONSULTORIOS:

MEDICINA GENERAL	14	
DENTALES	2	
ESPECIALIDADES	11	
	27	TOTAL

CAMAS:

ADULTOS, CIRUGIA Y MEDICINA	64	
GINECO-OBSTETRICIA	29	
PEDIATRIA	28	
PREMATUROS	12	
	133	TOTAL

SUPERFICIE CONSTRUIDA	8,43700 M ² .
M ² POR CAMA	63.4 M ² POR CAMA

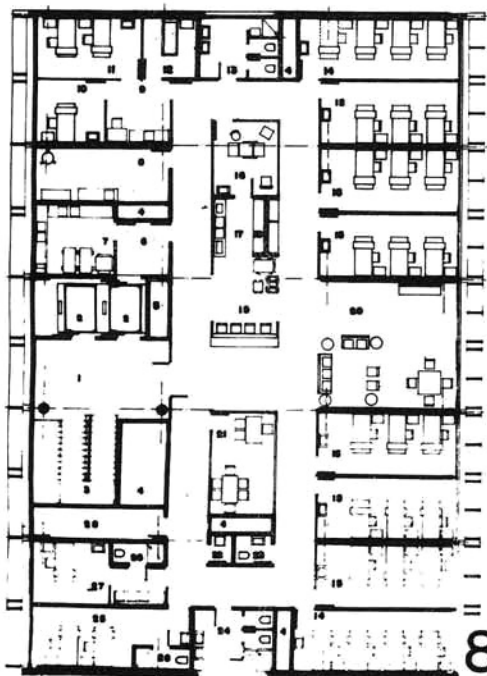
1968

8

CUARTO Y QUINTO PISOS. MEDICINA Y CIRUGIA.
 1.—Vestíbulo General. 2.—Elevadores. 3.—Escaleras. 4.—Ducto. 5.—Tablero general. 6.—Vestíbulo de servicio. 7.—Tizanería. 8.—Séptico. 9.—Trabajo de enfermeras. 10.—Aislamiento (quemados). 11.—Encamados (quemados). 12.—Tina. 13.—Baño hombres. 14.—Encamados (4 camas). 15.—Encamados (3 camas). 16.—Curaciones. 17.—Trabajo de Enfermeras. 18.—Ropería. 19.—Puerto de Enfermeras. 20.—Sala de día. 21.—Cuarto Médico. 22.—Cuarto de aseo. 23.—Sanitario enfermeras. 24.—Baño mujeres. 25.—Encamados. 26.—Baño. 27.—Aislamiento. 28.—Utilería.

9

Oficinas de control administrativo.



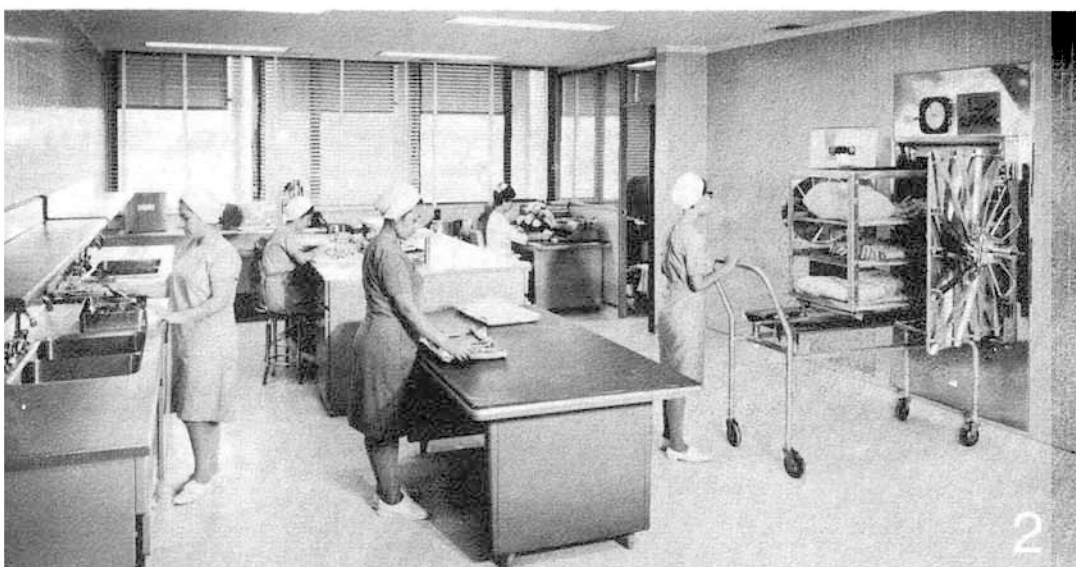
8



9



1



2

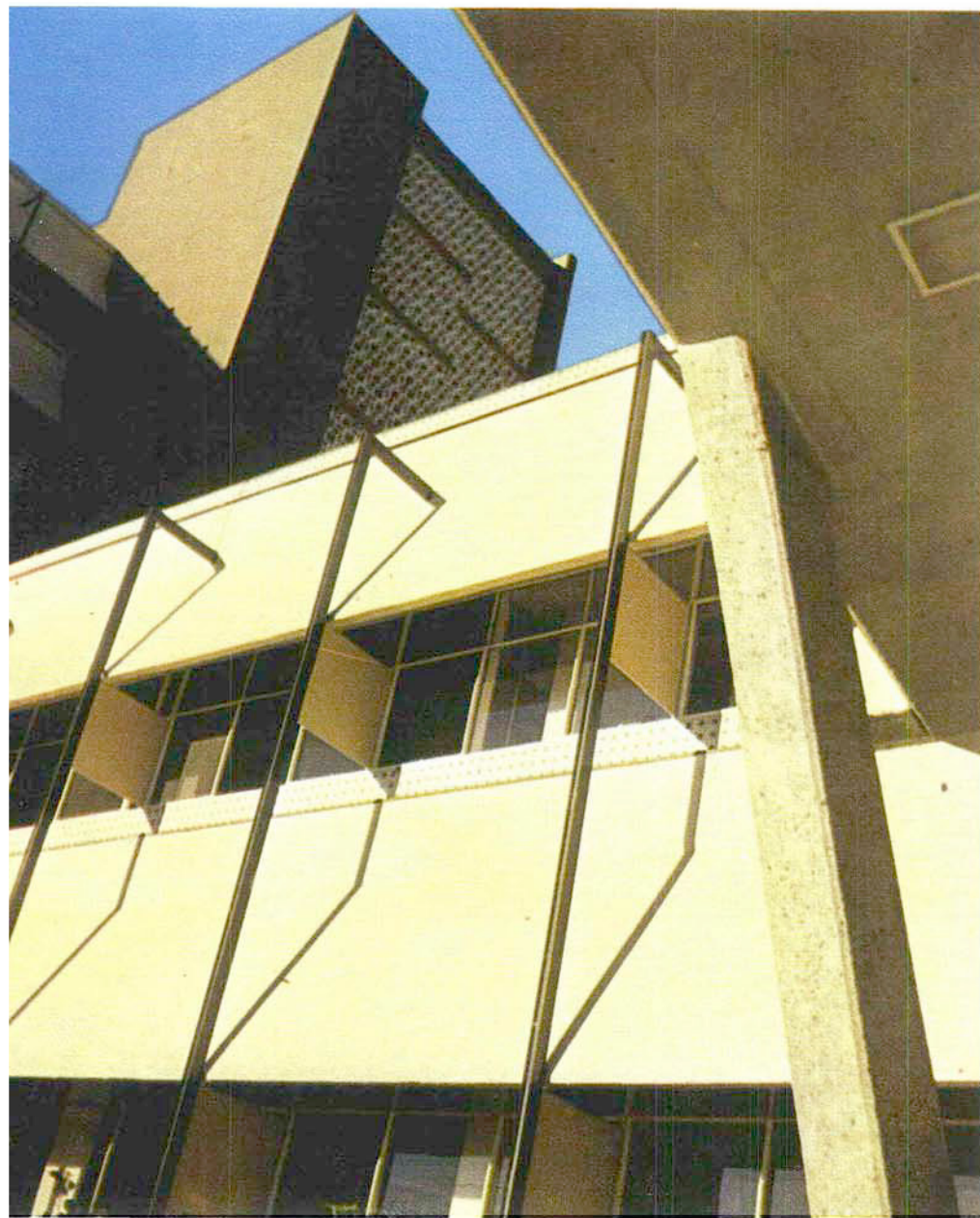


3

1
Interior de un Quirófano.

2
Las instalaciones y equipos de las obras del Seguro Social son uniformes

3
Vestíbulo principal de la obra realizada por el Arq. Guillermo Ortiz Flores.



1

Instalaciones como la aquí expuesta, se realizan en diversas partes de la República.

2

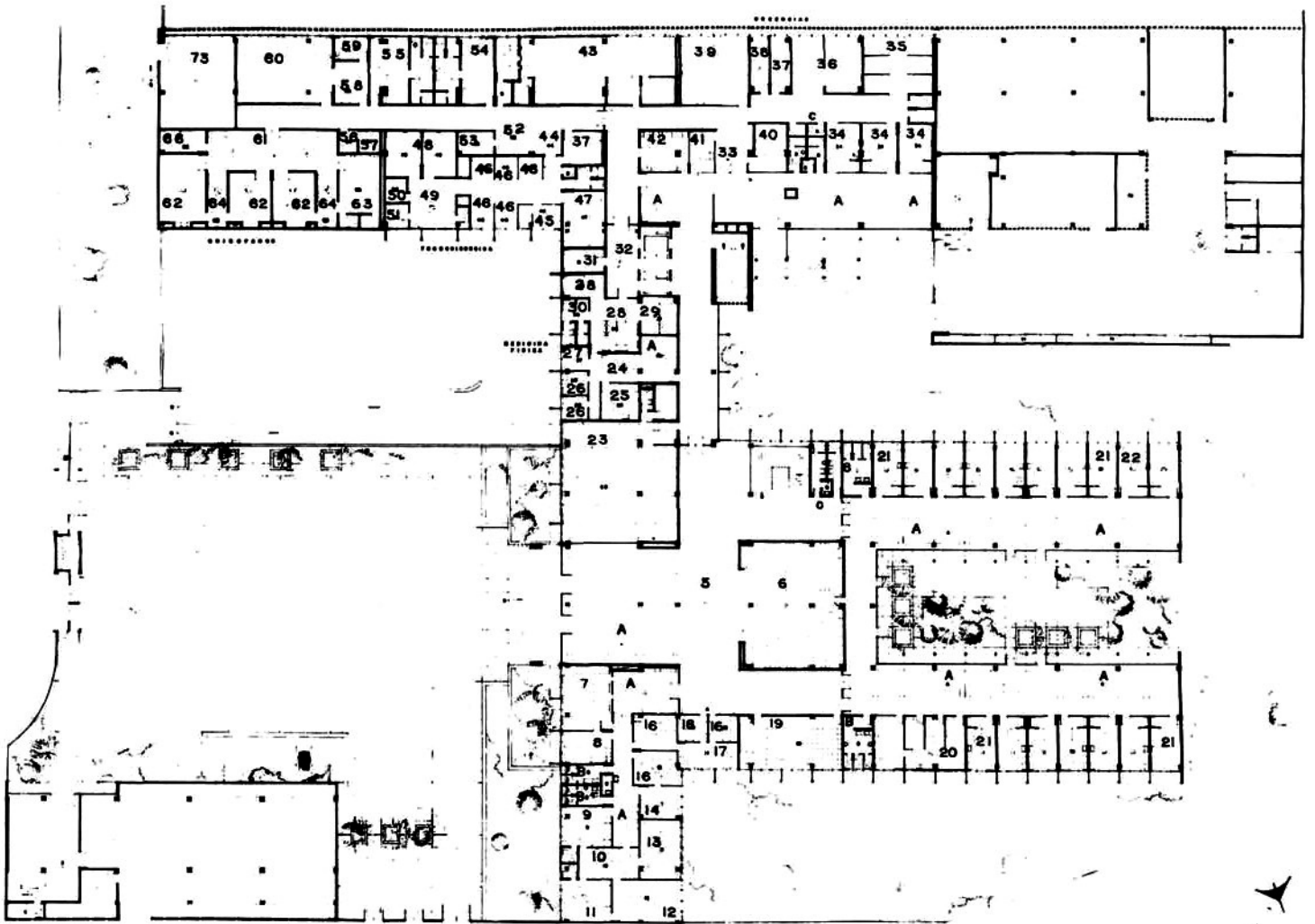
Aunque se cuenta con todas las posibilidades técnicas, las condicionantes climatológicas son aún determinantes.

HOSPITAL GENERAL EN CD. OBREGON,
SON., CON 240 CAMAS

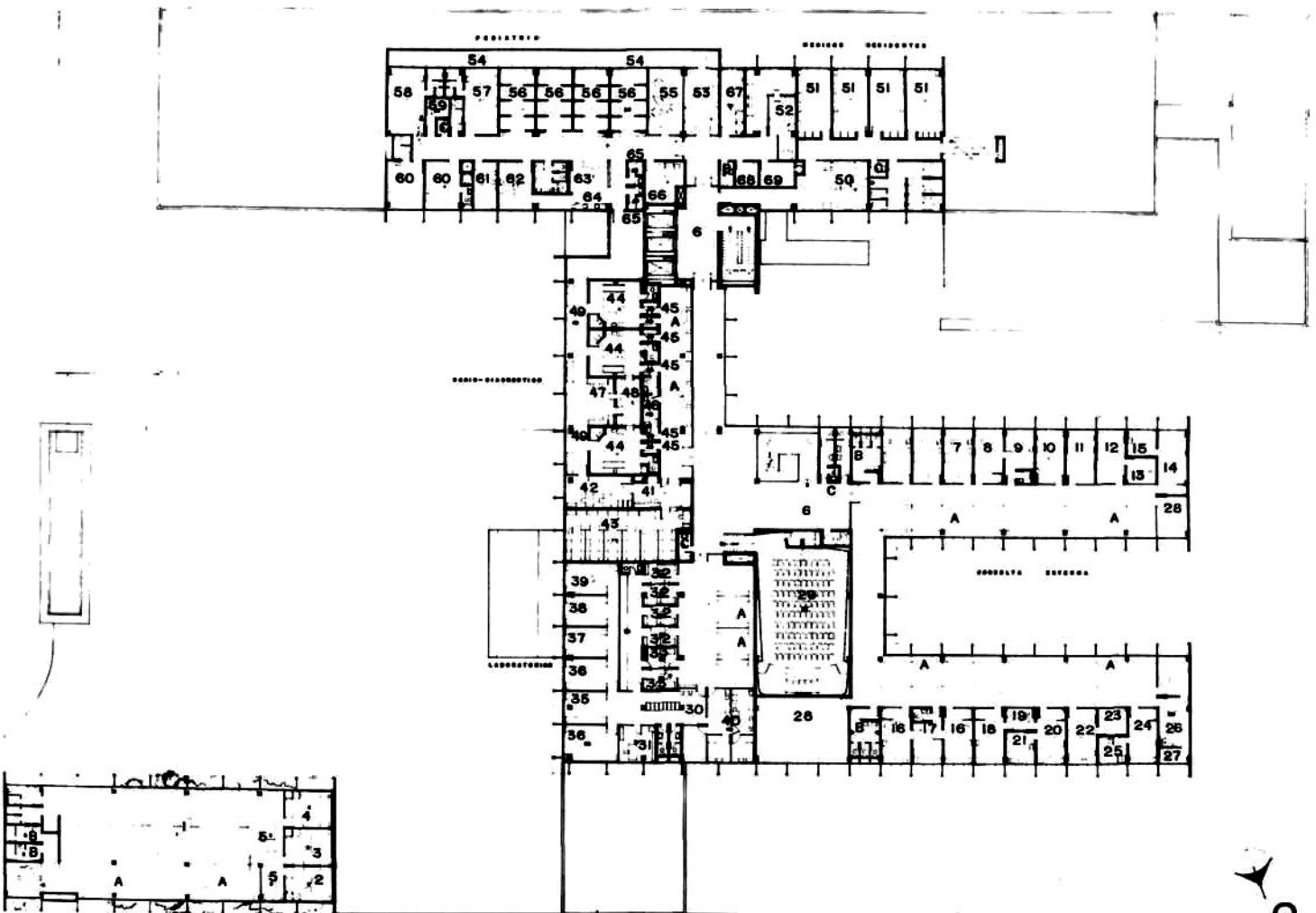
Arq. Enrique del Moral.

El partido de este hospital acusa dos grandes masas en las que el arquitecto autor del proyecto agrupó las necesidades planteadas en el programa particular del mismo: el cuerpo de hospitalización con los correspondientes servicios generales, quirófano, teco-cirugía y urgencias y, por otra parte, los cuerpos destinados a consulta externa.

Para proteger las diversas fachadas del edificio de los rayos del sol, teniendo en cuenta que en Cd. Obregón se tiene un clima caliente la mayor parte del año, el arquitecto dispuso un voladizo que traduce en concreto y en formas modernas, las cortinas en forma de toldo usuales en las arquitecturas del Mediterráneo.



1



2

1

PLANTA BAJA. SUB-DELEGACION ESTATAL:

1.—Vestíbulo. 2.—Oficina de almacén. 3.—Almacén. 4.—Aire acondicionado.

CLINICA HOSPITAL

5.—Vestíbulo. 6.—Archivo clínico e informes. 7.—Oficina administrativa. 8.—Jefe administración. 9.—Sub-director. 10.—Secretaría. 11.—Director. 12.—Sala de juntas. 13.—Biblioteca. 14.—Jefe de enfermeras. 15.—Supervisoras. 16.—Jefe de trabajadoras sociales. 17.—Trabajadoras sociales. 18.—Cubículo entrevista. 19.—Aula. 20.—Medicina preventiva. 21.—Consultorio médico familiar. 22.—Consultorio eventual. 23.—Farmacia. 24.—Control y rehabilitación medicina física. 25.—Consultorio. 26.—Electroterapia. 27.—Hidroterapia. 28.—Mecanoterapia. 29.—Tina de huber. 30.—Vestidores. 31.—Ropa de calle. 32.—Vestíbulo camillas. 33.—Control de urgencias y de consultas extemporáneas. 34.—Consultorios. 35.—Observación-adultos. 36.—Curaciones. 37.—Séptico. 38.—Descanso doctores. 39.—Venaclisis. 40.—Sala de madres. 41.—Admisión. 42.—Sala de altas. 43.—Central de esterilización y abastecimientos. 44.—Recepción sección tocoquirúrgica. 45.—Cubículo para exploración. 46.—Trabajo de parto. 47.—Sala de legrados. 48.—Trabajo de enfermeras. 49.—Sala de expulsión. 50.—Atención inmediata recién nacidos. 51.—Ropería. 52.—Control quirófano. 53.—Arsenal. 54.—Vestidor y descanso enfermeras. 55.—Vestidor y descanso médicas. 56.—Cuarto aparatos rayos X. 57.—Cuarto oscuro. 58.—Oficina de anestesista. 59.—Taller y guarda. 60.—Recuperación post operatoria. 61.—Quirófano. 62.—Sala de operaciones. 63.—Sala de operaciones ortopédicas. 64.—Lavado cirujanos. 65.—Trabajo enfermeras. 66.—Preparación bultos quirúrgicos.

2

PRIMER PISO.

1.—Oficinas de: archivo y correspondencia, estadística, afiliación, vigencia de derechos, prestaciones en dinero, cobranzas, inspección y vigilancia. 2.—Encargado servicios administrativos. 3.—Asesor jurídico. 4.—Encargado servicios riesgos profesionales. 5.—Secretarías.

CLINICA HOSPITAL.

6.—Vestíbulo. 7.—Consultorio buco-dentomaxilar. 8.—Consultorio de urología. 9.—Anexo de urología. 10.—Consultorio de pediatría. 11.—Consultorio de gastroenterología. 12.—Consultorio de otorrinolaringología. 13.—Anexo de otorrino. 14.—Consultorio de cirugía, traumatología y ortopedia. 15.—Anexo de cirugía, traumatología y ortopedia. 16.—Consultorio de gineco-obstetricia. 17.—Anexo de gineco. 18.—Consultorio de neumología. 19.—Anexo para fluoroscopia. 20.—Consultorio de cardiología. 21.—Anexo para electrocardiogramas. 22.—Consultorio para oftalmología. 23.—Anexo de oftalmología. 24.—Dermatología y alergia. 25.—Anexo derma y alergia. 26.—Consultorio de neuro-psiquiatría. 27.—Anexo para electroencefalografía. 28.—Consultorio disponible. 29.—Auditorio. 30.—Recepción y oficina administrativa de laboratorio. 31.—Jefe de laboratorio. 32.—Toma de muestras. 33.—Toma de muestras ginecológicas. 34.—Toma de lavado de material y distribución de muestras. 35.—Laboratorio de hematología, urgencias y banco de sangre. 36.—Laboratorio de hematología. 37.—Laboratorio de químico-clínica. 38.—Laboratorio de microbiología. 39.—Laboratorio de preparación de medios de cultivo. 40.—Banco de sangre. 41.—Control de servicios radio, diagnósticos. 42.—Oficina radiólogos. 43.—Archivo radiografías. 44.—Sala radiografías. 45.—Vestidor. 46.—Sala de preparación. 47.—Interpretación. 48.—Cuarto oscuro. 49.—Espera de camillas. 50.—Estancia médicos internos. 51.—Dormitorios médicos internos. 52.—Banco de leche.

HOSPITALIZACION PEDIATRIA.

53.—Sala de madres. 54.—Galería de visitas. 55.—Sala de día, comedor y juego de niños. 56.—Sala para lactantes y preescolares. 57.—Encamados escolares niñas. 58.—Encamados escolares niños. 59.—Cuarto ropería. 60.—Aislados escolares. 61.—Cuarto séptico. 62.—Cuarto de curaciones. 63.—Estación de enfermeras. 64.—Area de trabajo enfermeras. 65.—Cubículos de aislados lactantes. 66.—Cuarto médico. 67.—Tizanería. 68.—Cuarto de utilería. 69.—Cuarto de ropa sucia. a.—Sala de espera. b.—Sanitario público. c.—Cuarto de aseo.

3

El clima es uno de los elementos que determinan las realizaciones arquitectónicas.

4

Detalle de esta obra realizada por el Arq. Enrique del Moral.



1

PLANTA SOTANO.

1.—Relojes checadores. 2.—Intendencia. 3.—Bodega intendente. 4.—Baños y vestidores personal sup. hombres. 5.—Baños y vestidores personal sup. mujeres. 6.—Baños y vestidores enfermeras. 7.—Baños y vestidores personal serv. hombres. 8.—Baños y vestidores personal serv. mujeres. 9.—Almacén general. 10.—Cocina central. 11.—Oficina del dietista. 12.—Despensa. 13.—Lavado vajillas. 14.—Auto servicio. 15.—Comedor de personal. 16.—Lavandería. 17.—Clasificación. 18.—Ropería. 19.—Paso futura ampliación. 20.—Laboratorio anatomía-patología. 21.—Máquinas aire acondicionado. 22.—Baños personal patología. 23.—Oficina jefe anatomía-patología. 24.—Local autopsias. 25.—Oficina de trámites y entrega. 26.—Conmutador telefónico. 27.—Patio de servicio. 28.—Bomba cárcamo. 29.—Cuarto de aseo.

2

SEGUNDO PISO.

HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA.

1.—Vestíbulo. 2.—Estación de enfermeras. 3.—Área de trabajo, enfermeras. 4.—Lava cómodos. 5.—Cuarto de curaciones. 6.—Cuarto médico. 7.—Utilería. 8.—Tizanería. 9.—Cuarto séptico. 10.—Sala de día. 11.—Cuarto de encamados. 12.—Cuarto de aislados. 13.—Cuarto de máquinas aire acondicionado. 14.—Cuneros de recién-nacidos. 15.—Aislados recién nacidos. 16.—Exámen de niños. 17.—Prematuros nacidos dentro del hospital. 18.—Prematuros nacidos fuera del hospital. 19.—Instrucción madres. b).—Sanitario público. c).—Cuarto de aseo.

3

HOSPITALIZACION.

3er. PISO (GINECO-OBSTRETRICIA).

1.—Vestíbulo. 2.—Central de enfermeras. 3.—Área de trabajo de enfermeras. 4.—Lava cómodos. 5.—Cuarto de curaciones. 6.—Cuarto médico. 7.—Utilería. 8.—Tizanería. 9.—Cuarto séptico. 10.—Sala de día. 11.—Cuarto de encamados. 12.—Cuarto de aislados. 13.—Cuarto de aire acondicionado. 14.—Disponible. 15.—Cuarto de aseo.

4

4o. PISO (CIRUGIA Y MEDICINA ADULTOS).

1.—Vestíbulo. 2.—Central de enfermeras. 3.—Área de trabajo de enfermeras. 4.—Lava cómodos. 5.—Cuarto de curaciones. 6.—Cuarto médico. 7.—Utilería. 8.—Tizanería. 9.—Cuarto séptico. 10.—Sala de día. 11.—Cuarto de encamados. 12.—Cuarto de aislados. 13.—Cuarto de aire acondicionado. 14.—Camas de terapia intensiva. 15.—Cuarto de aseo.

5

5o. y 6o. PISOS (HOSPITAL CIRUGIA Y MEDICINA ADULTOS).

1.—Vestíbulo. 2.—Central de enfermeras. 3.—Área de trabajo de enfermeras. 4.—Lava cómodos. 5.—Cuarto de curaciones. 6.—Cuarto médico. 7.—Utilería. 8.—Tizanería. 9.—Cuarto séptico. 10.—Sala de día. 11.—Cuarto encamados. 12.—Cuarto aislado. 13.—Cuarto aire acondicionado. 14.—Cuarto de aseo.

6

El servicio que presta esta institución es cada vez más amplio.

7

Los conceptos en cuanto a la organización de los espacios de los edificios hospitalarios sufren constantes variaciones.

8

Vestíbulo principal.

9

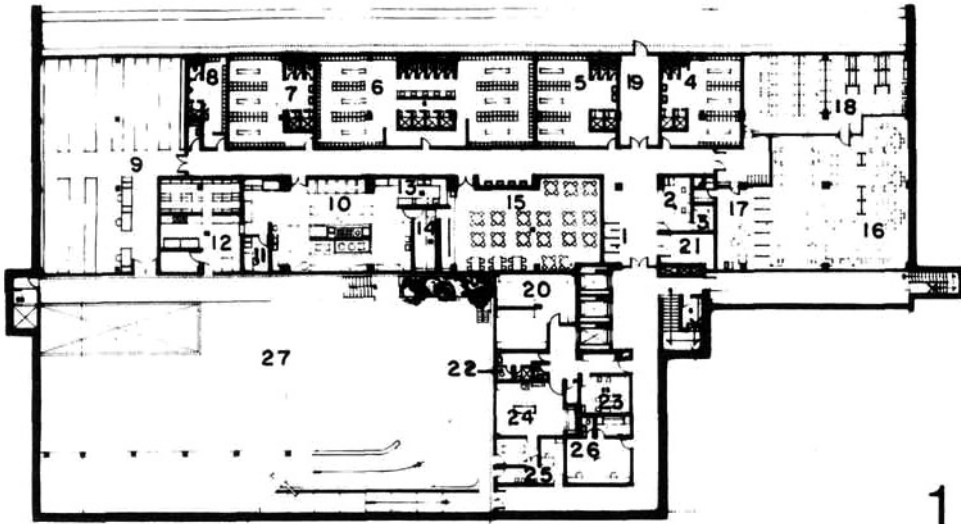
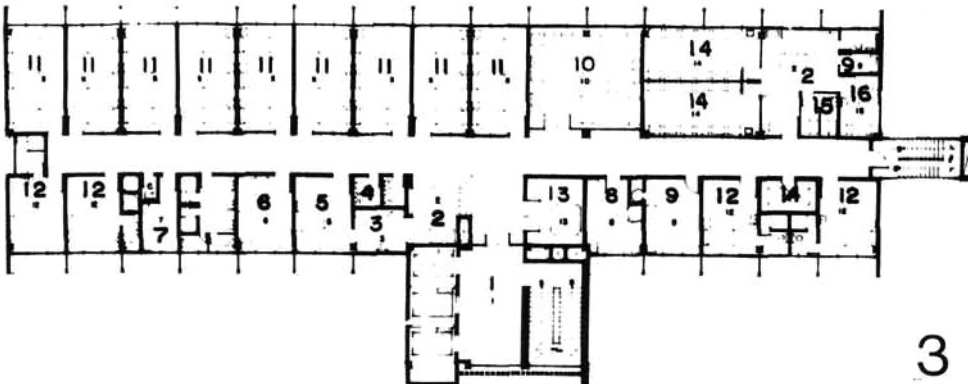
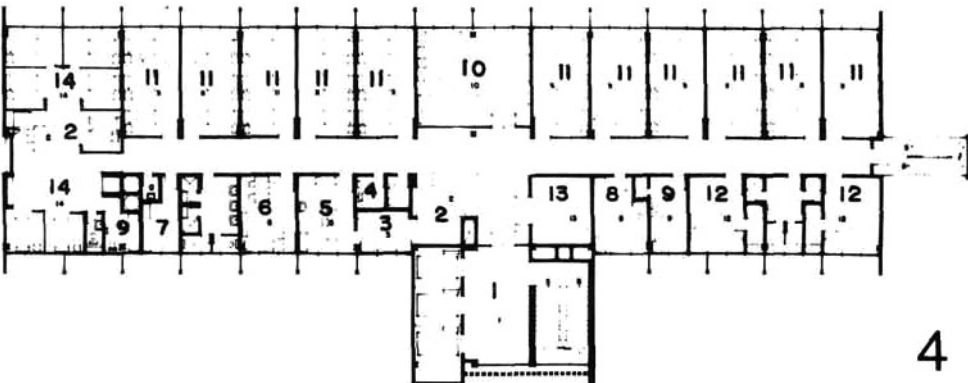
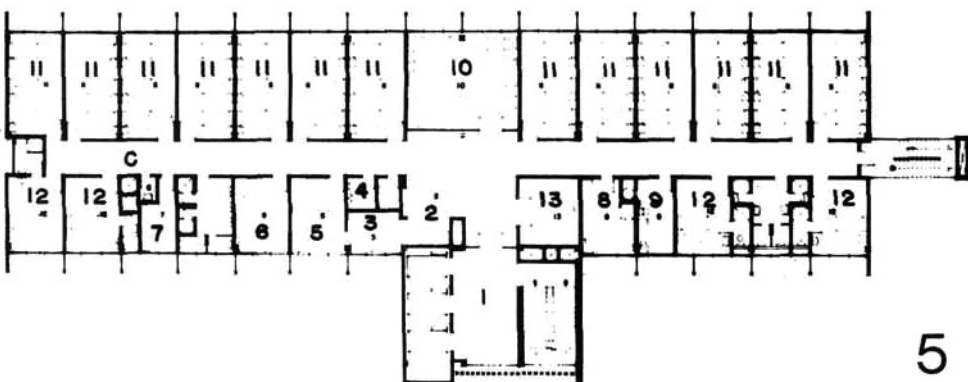
Central de esterilización.

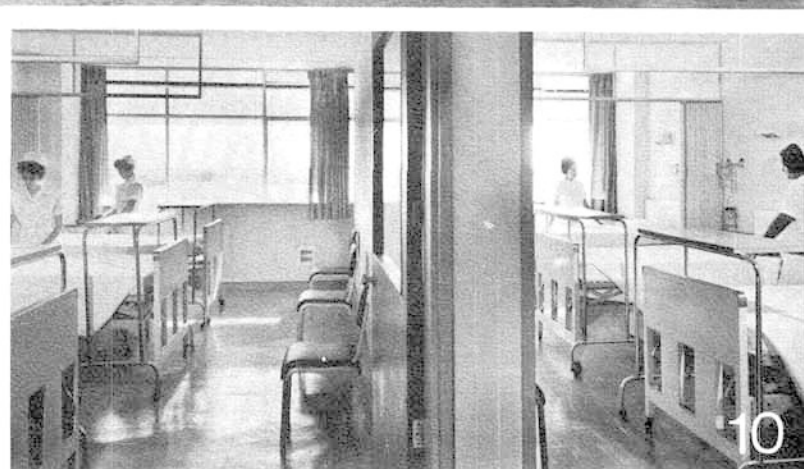
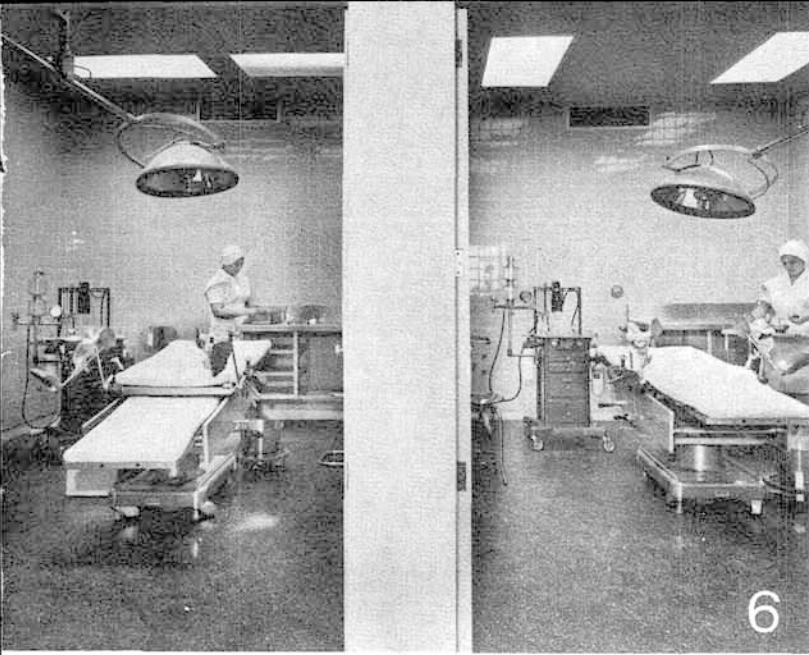
10

Sala de encamados.

11

Salas de espera en la sección de Consulta Externa.

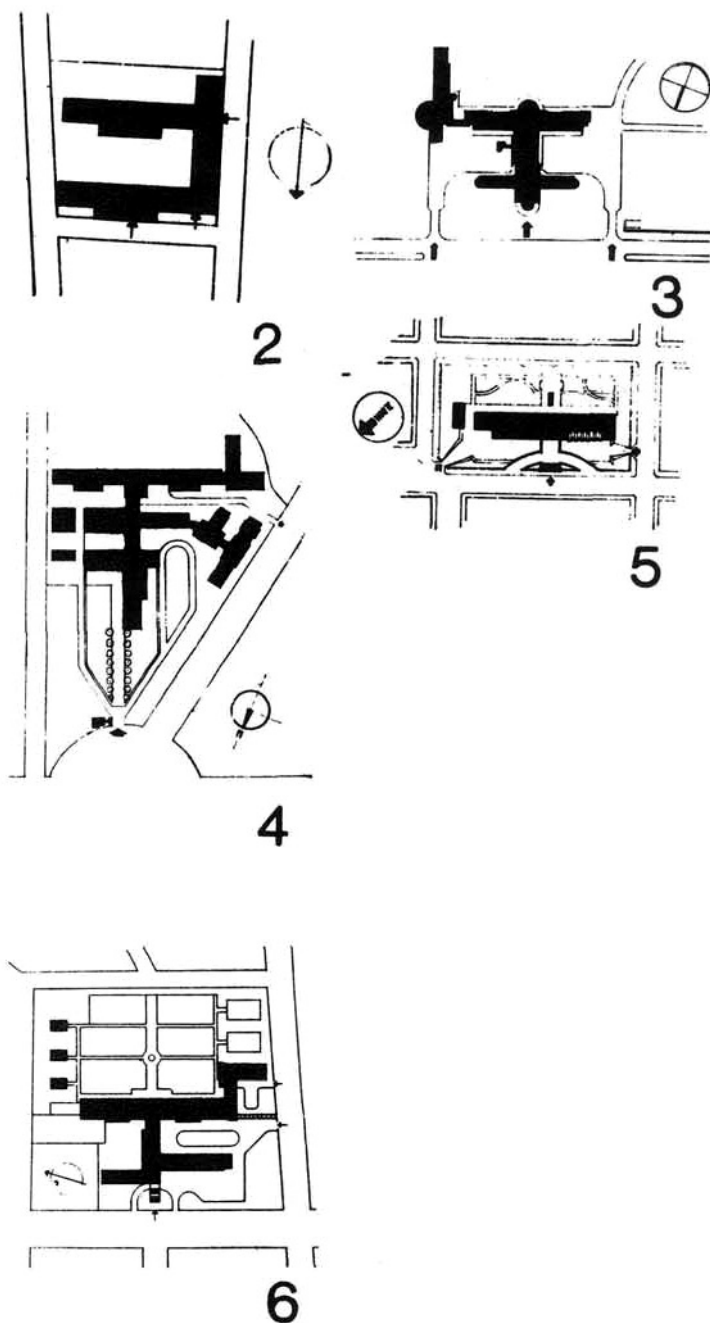
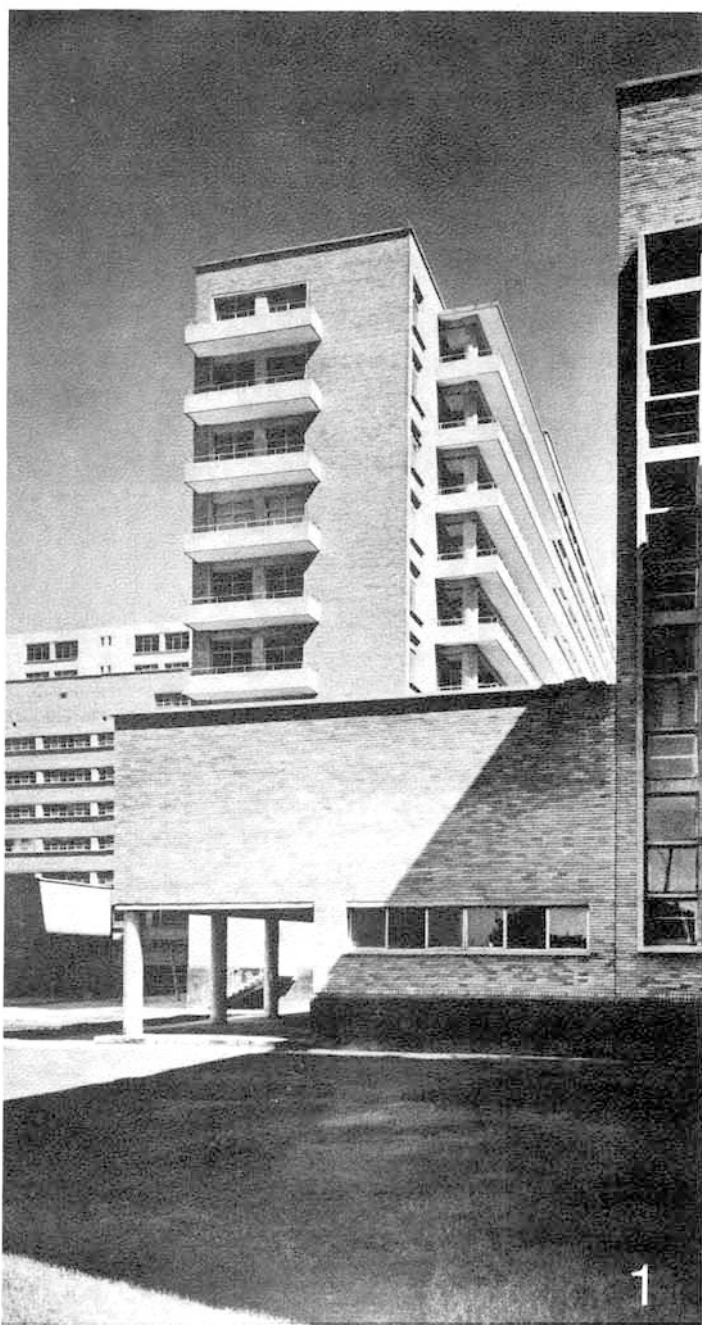
**1****2****3****4****5**



hospitales

del

imss



- 1 Centro Médico "La Raza". Arq. Enrique Yáñez de la Fuente.
- 2 Hospital General de Jalapa. Arq. Enrique Yáñez.
- 3 Hospital General de Saltillo. Arq. Mario Pani.
- 4 Hospital General de San Luis Potosí. Arq. Enrique del Moral.
- 5 Hospital General de Tlaxcala. Arq. Raúl Cacho.
- 6 Hospital General de Veracruz. Arq. Enrique Yáñez.
- 7 Exterior del Centro Médico "La Raza".
- 8 Exterior del Centro Médico "La Raza".

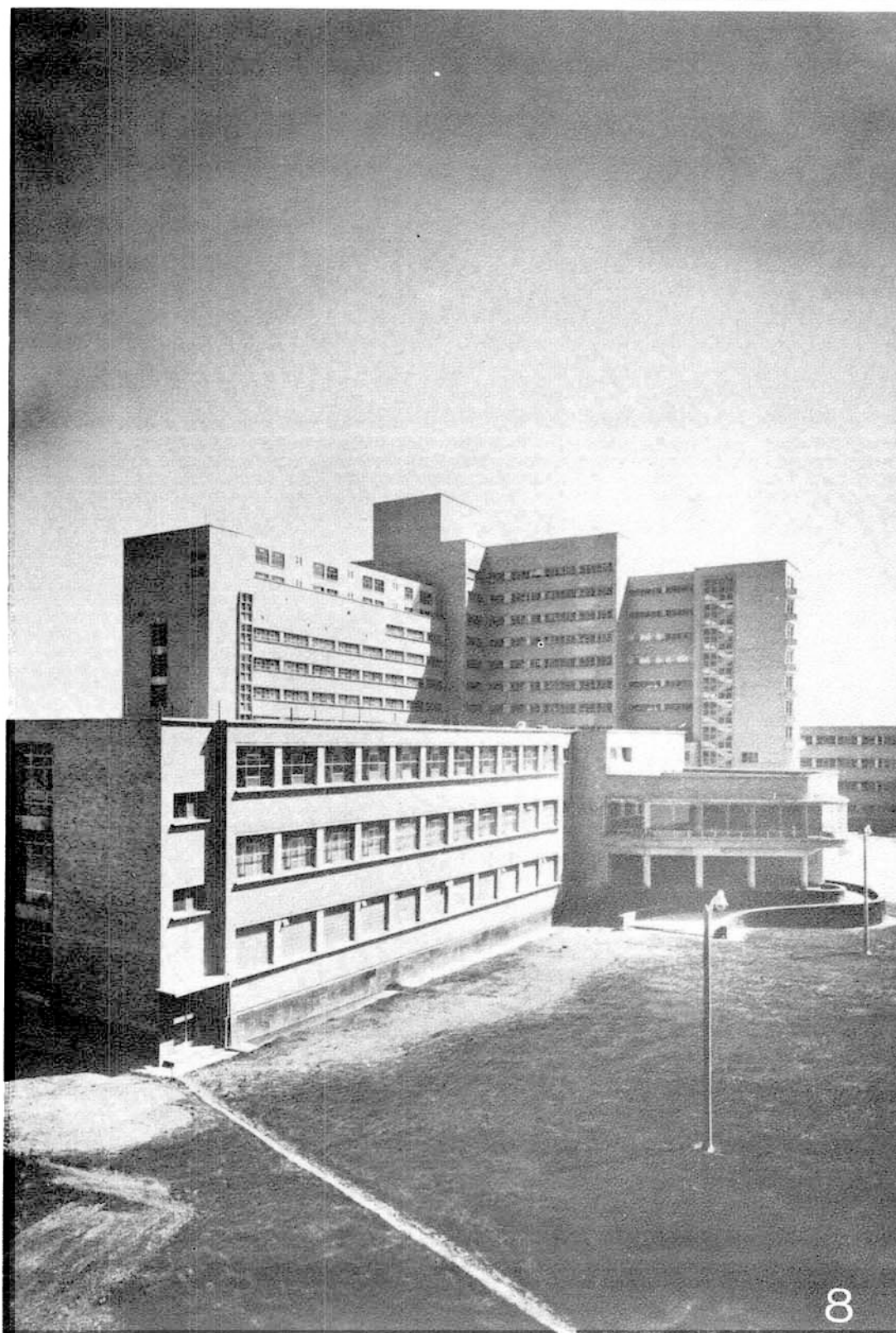
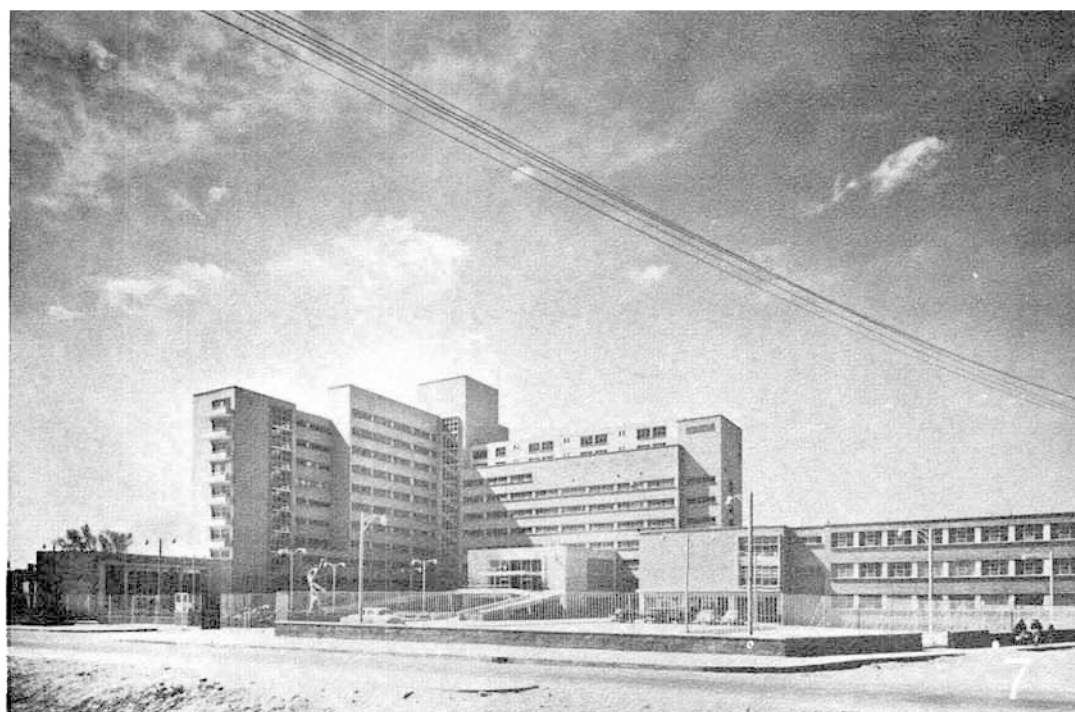
Arq. Enrique Yáñez de la Fuente

Al Instituto Mexicano del Seguro Social le ha sido indispensable erigir los espacios, edificios y unidades de modalidades varias para en ellos poder ofrecer a sus derechohabientes las prestaciones médicas, sociales, de habitación y económicas que señalan las finalidades de su ley constitutiva. Dentro de esa cuantiosa actividad constructiva de clínicas y hospitales, de conjuntos de habitación y de centros de esparcimiento del cuerpo y del espíritu, tienen prioridad las instalaciones adecuadas a la prestación de los servicios médicos: las clínicas y los hospitales.

Hace 25 años, al tener que iniciar sus prestaciones, que extendió de inmediato a los familiares de los asegurados, el Seguro Social carecía totalmente de edificios adecuados. El primer hospital con que contó era un hotel adaptado que obviamente presentaba una serie de inadecuaciones. Aparte de éste tuvieron que alquilarse y acondicionarse locales que no reunían los requisitos necesarios. Tampoco existía la profesión de administrador o planeador de hospitales indispensable para la correcta programación de las unidades médicas, tal y como en otras partes del mundo estaba ya establecida. Por otra parte, y también a diferencia de las condiciones que prevalecían en diversos países, eran muy pocas las instituciones particulares a las que se les pudieran subrogar los servicios, pues los dos o tres buenos hospitales que había apenas contaban con el número de camas necesario para satisfacer la demanda del sector privado; el resto de los sanatorios y hospitales distaban mucho de llenar los requerimientos mínimos de local, recursos y eficiencia para cumplir debidamente con las obligaciones del IMSS hacia sus derechohabientes.

Sobre la marcha hubo que emprender rápidamente la planeación de hospitales con los elementos de que se podía disponer. Se decidió construir dos grandes hospitales de 500 camas: uno en el norte de la ciudad que es el actual Hospital de la Raza, y otro en el sur, cuya construcción se inició y posteriormente se abandonó dejando la estructura para lo que más tarde sería la Sría. de Comunicaciones y Obras Públicas.

De entonces a acá y paralelamente a la implantación del Seguro Social Obligatorio en el medio laboral y a su extensión a otros sectores de la población, la obra de construcción de hospitales fue creciendo constantemente, de suerte que a la fecha cuenta con 824 unidades médicas en servicio directo, que sumadas a las unidades contratadas, dan un total de 911 repartidas en toda la república. Estas últimas, en tanto se trata de edificios alquilados o adaptados, representan junto con la demanda captada y prevista el programa inmediato a cumplir en años posteriores. Lo anterior sin dejar de tener en cuenta que el sistema del Seguro Social obligatorio concebido a escala nacional que no solamente proteja a los asalariados sino también a todos aquellos que no están sujetos a ninguna relación





obrero patronal, a los campesinos principalmente, ha hecho patente la conveniencia de que las diversas instituciones que ofrecen prestaciones médicas a sus trabajadores, coordinen sus recursos tanto materiales como humanos, lo que implica la mutua subrogación de servicios, y que redundaría en menores costos de operación y construcción. Visto desde perspectivas más amplias, sería el primer paso para una planeación nacional del Sistema de la Seguridad Social.

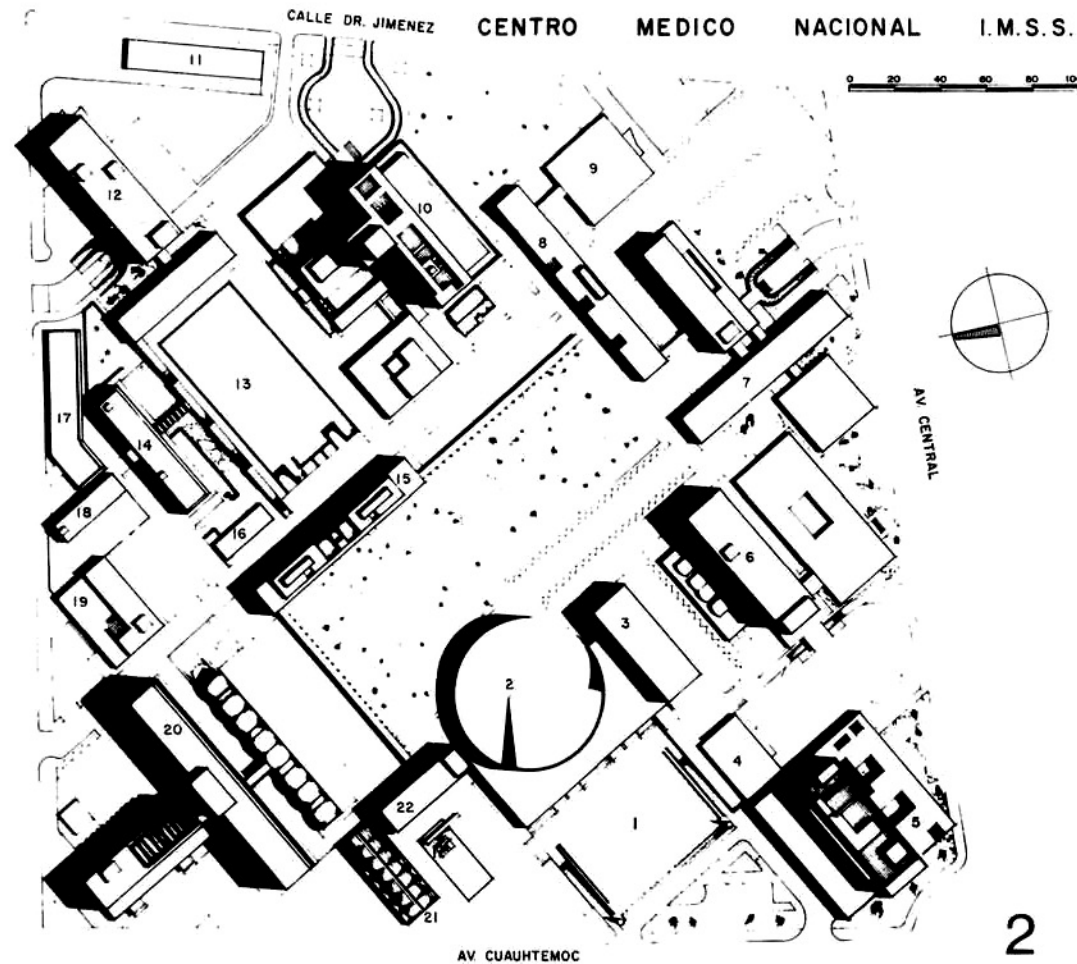
EL SEMINARIO DE HOSPITALES.

Los hospitales modernos son un producto de la cultura, entendiendo dentro de este término no únicamente a los aspectos intelectuales teóricos sino a todo lo creado por la sociedad, o como dicen algunos antropólogos contemporáneos, la parte artificial del ambiente. Esto es una verdad general. Ha sido el progreso de la ciencia médica en sus grandes ámbitos, preventivo, curativo y de rehabilitación, el avance de la técnica constructiva, los nuevos sistemas electromecánicos de comunicación vertical, el progreso de la industria, así como los conceptos actuales acerca de la asistencia médica y del derecho inalienable de todas las personas a ser sujetos de la seguridad social, los hechos históricos que explican —para no citar sino algunos de los más sobresalientes— las características de los hospitales contemporáneos. Por demás es insistir en que los rasgos generales de todos ellos hincan sus raíces en las relaciones de producción que constituyen la estructura económica de nuestro momento histórico.

Pues bien, además de los hechos anteriores, para nuestra particular realidad e historia de la arquitectura es preciso tener en cuenta que un antecedente fundamental de la nueva etapa de arquitectura nosocomial lo constituyó la creación del Seminario de Hospitales creado por el Dr. Gustavo Baz cuando era titular de la Sría. de Salubridad, y que fue dirigido por el Dr. Salvador Zubirán. Este seminario, integrado por varios médicos y arquitectos tuvo como idea rectora la certeza de que "antes que pensar en el hospital edificio, es preciso concebir el hospital institución" (y elaborar) "un programa previo perfectamente especificado que describa la institución en todos sus aspectos, dándole la organización más eficaz, más económica y más adecuada posible en nuestro medio cultural".*

* Zubirán, Salvador. "Los nuevos hospitales en México". Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento. Revista "Arquitectura". No. 15, abril de 1944.

En este seminario se analizaron por primera vez en nuestro país, de modo sistemático, los requerimientos diversos que tenían que tomarse en cuenta en la planeación de un sistema hospitalario, así como las necesidades concretas de cada edificio. De aquí surgieron los primeros técnicos en organización, administración y planeación de hospitales y una serie de obras como los hospitales de San Luis Potosí, Veracruz, Jalapa, Tlaxcala, Saltillo y otros más, en los que ya



2

1

Vista aérea del Centro Médico Nacional

2

PLANTA GENERAL DEL CENTRO MEDICO NACIONAL.
1.—Plaza Principal. 2.—Unidad de Congresos. 3.—Biblioteca. 4.—Restorán y Cafetería. 5.—Hospital de Pediatría. 6.—Hospital de Ginecología y Obstetricia. 7.—Hospital de Oncología. 8.—Investigaciones. 9.—Anatomía Patológica. 10.—Hospital de Traumatología y Rehabilitación. 11.—Central de Conservación de Equipos. 12.—Hospital de Neumología y Cirugía del Tórax. 13.—Estacionamiento Central. 14.—Hospital de Convalecientes. 15.—Escuela de Enfermeras y Habitación de Médicos. 16.—Casa de Máquinas. 17.—Ambulancias e Intendencia. 18.—Talleres de Conservación. 19.—Lavandería Central. 20.—Hospital General. 21.—Farmacia Central y Banco de Sangre. 22.—Oficinas Generales.

48

3

Exterior del Hospital de Neumología realizado por los Arquitectos: Enrique Yáñez y Juan Martínez Romo.

4

Exterior del Hospital General realizado por los Arquitectos: Enrique Yáñez y Joaquín Sánchez Hidalgo.

5

Escuela de Enfermería.

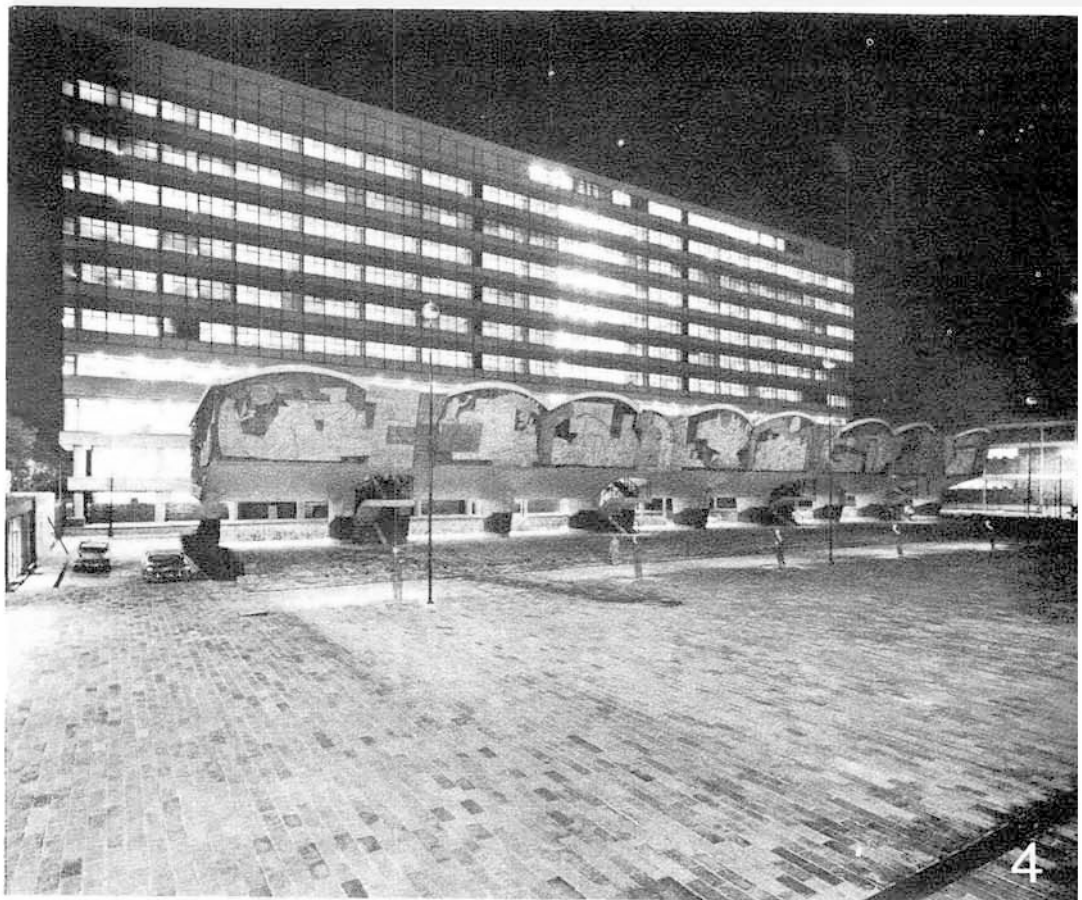
se aprecian los rasgos que superados ahora o algunos todavía vigentes, norman a la arquitectura hospitalaria actual. En los trabajos y estudios que ahí se llevaron a cabo también se tuvo en cuenta el nuevo concepto acerca de la esencia de la arquitectura; concepto en el que están presentes los aportes mejores de los grandes teóricos franceses, del funcionalismo "rabioso" de los arquitectos socialistas de México y el nacionalismo económico político del régimen de la época.

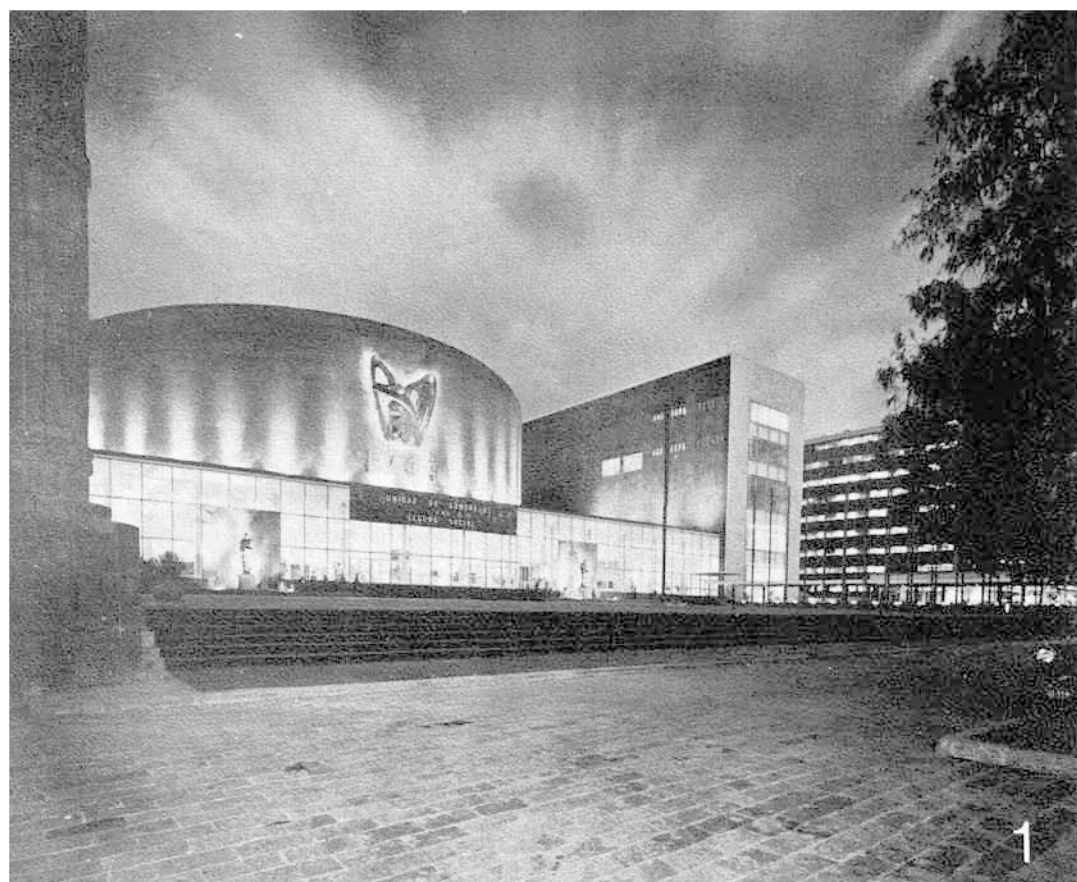
SOBRE LOS PROGRAMAS ARQUITECTONICOS

Los hospitales constituyen uno de los géneros arquitectónicos en que se hace evidente la contradicción entre las condiciones permanentes o estáticas propias de los edificios y la demanda siempre cambiante y dinámica de las necesidades que los originan. Tienen una etapa inicial en la que deben de estar sobrados de capacidad si, como debe ser, han sido proyectados previendo su crecimiento futuro; en una segunda etapa, años después, los hospitales trabajan en las condiciones ideales para las que se proyectaron, pero ineludiblemente el tiempo hace crecer la necesidades, la demanda, hasta límites fuera de las posibilidades del edificio. Esta última etapa, cuando se hace crítica, determina la planeación y proyecto de un nuevo edificio. Es conveniente tener en cuenta aquí, que los incrementos a que nos hemos referido dependen no tanto del progreso de la ciencia médica, sino del sistema de operación de los servicios, mismo que varía fundamentalmente en relación a la institución que los otorga, a si ésta es privada o estatal, si es de asistencia pública o de seguridad social, a su sistema hospitalario, al monto de la demanda que tiene que cubrir, al incremento natural de ésta, etc.

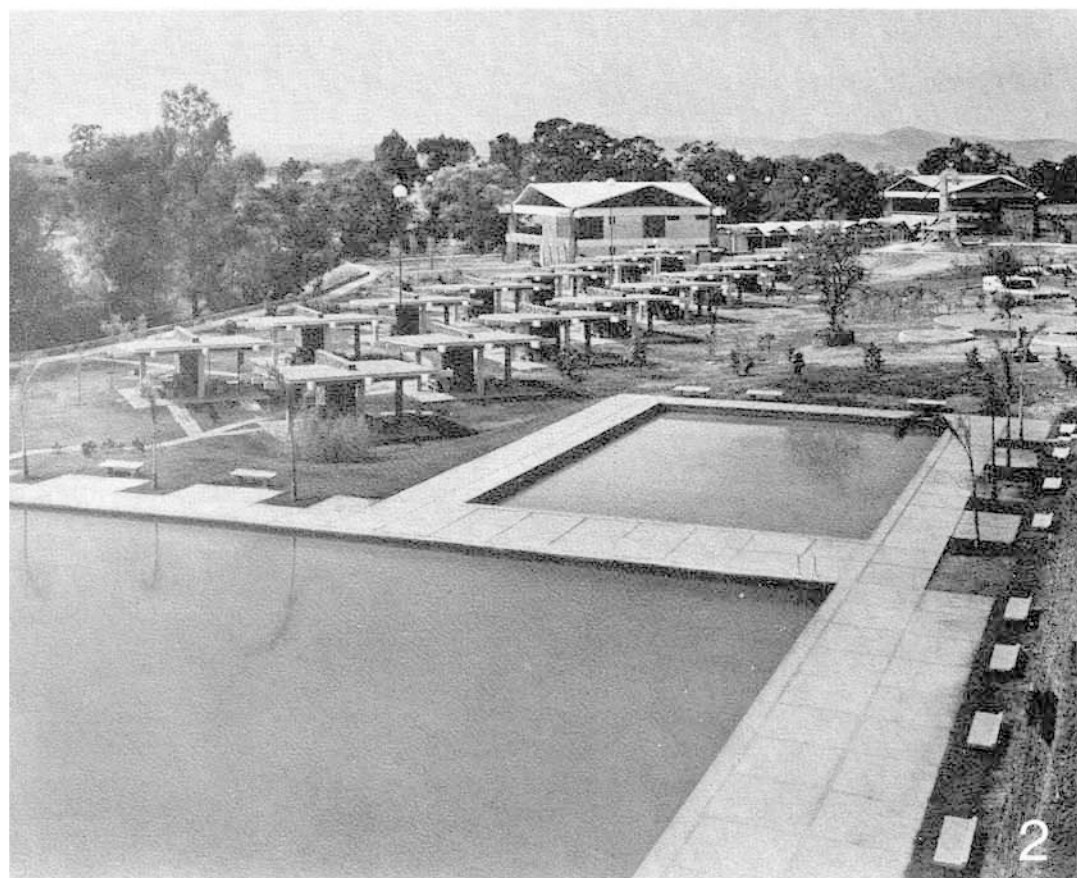
Se cuenta ahora con planeadores de hospitales y con arquitectos a los que podemos considerar como especialistas, sin que esta categoría sea un grado adquirido en instituciones de enseñanza, sino el fruto de una experiencia depurada en la práctica continua. El trabajo de equipo entre unos y otros ha permitido el estudio de todas las necesidades que deben llenar las distintas partes y locales del hospital por lo que respecta a dimensiones, instalaciones, equipos y relaciones recíprocas de unas y otros; tomando en cuenta además de lo anterior, los efectos psicológicos que se espera lograr a través de esos espacios y sus implicaciones sociales. A ellas nos referiremos más adelante.

Gracias a esos análisis de todos y cada uno de los locales del hospital, considerados aisladamente y en su relación con el conjunto, y a la experiencia acumulada, ha sido posible definir los programas y los partidos arquitectónicos en una serie de puntos. Por ejemplo, la experiencia ha mostrado correcto el índice de incremento que se toma en cuenta, en términos generales, en todos los proyectos de hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social: se calcula un incremento en la demanda de aproximadamente 5 a 6 años o de un 69% de la capacidad





1



2



1

Unidad de Congresos del Centro Médico. Arquitecto José Villagrán García.

2

Centro Vacacional Oaxtepec, Arq. Alejandro Prieto y José Ma. Gutiérrez.

3

El servicio que presta esta institución es cada vez más amplio.

4

Centro Interamericano de Seguridad Social, Arq. Roberto Rojas.

5

Interior.

en camas del hospital y de acuerdo con esta previsión se llevan a cabo los proyectos y las construcciones. Los cuartos de enfermos que en condiciones normales se disponen para tres camas, tienen sin embargo dimensiones que permiten colocar hasta 4 camas en condiciones medianamente aceptables; y las salas de día o las habitaciones de los médicos se disponen de tal manera que también puedan ser útiles para camas de enfermos en casos de necesidad. De esta manera el hospital puede aumentar su capacidad de un 40 a 50% más de la que se programó inicialmente.

Anteriormente nos habíamos referido a esa etapa crítica en la cual los espacios del hospital ya no permiten ampliar más los servicios, añadiendo que si se parte de un mismo nivel cultural —en el sentido antes indicado para este término— la diferencia en la planeación y realización de los hospitales obedece más a la organización propia de la institución que presta los servicios que a un avance en la medicina. En el caso del I.M.S.S. y en los casos de hospitales generales para casos agudos, se prevee la posibilidad de construir un pabellón o grupo nuevo destinado a los pacientes de pediatría y de gineco-obstetricia, con lo cual el edificio principal se desahoga notablemente. Por último sobreviene la construcción de un nuevo hospital, adjunto al primero si es que se cuenta con área de terreno suficiente, o en otra ubicación.

La misma experiencia nos ha permitido establecer ciertos índices respecto a los metros cuadrados por cama, al costo por metro cuadrado de construcción, al porcentaje de personal/paciente conveniente para otorgar una atención médica eficiente, al cálculo de camas de hospital por cada 1,000 habitantes y respecto a la relación consultorio/derechohabiente. Un hospital de 30 a 75 camas se desarrollará aproximadamente en 90 m²/cama; de 75 a 150 camas en aproximadamente 75 m²/cama; y de 150 a 300 camas en 60 m²/cama aproximadamente. El costo por metro cuadrado de construcción fluctuará en las condiciones actuales entre \$ 2,000 a \$ 2,500; el personal por cama variará entre 1.9 y 2.5; se necesitan unas 2.3 camas por cada 1,000 habitantes y, por último, es necesario un consultorio por cada 4,000 derechohabientes.

Si le hemos puesto énfasis al término "aproximadamente" es porque lo que llevamos dicho nunca debe entenderse como el inicio de un recetario, de un canon cuya resultante obligada sería la construcción en serie de los hospitales, es decir, la monotonía. Los índices anteriores deben ser vistos siempre como ideas reguladoras que le ayuden al arquitecto, además de muchos más en los que no podemos detenernos por el momento, a proyectar partidos ajustados a la realidad, tanto desde el punto de vista del funcionamiento como del costo resultante. Son puntos del programa general de los hospitales que responden a la operación de los servicios y, en última instancia, ellos sí, al avance de la medicina. Pero cada caso, cada hospital concreto que se plantee es el resultado también de la población a la que le va a prestar servicio, es el resultado de la morbilidad propia de la zona, de su ubicación geográfica y con ella, del clima, de la tem-

peratura, de la lluvia y de la relación que guarda con la totalidad del sistema hospitalario. Puntos que siempre hacen de cada proyecto un proyecto diferente, tan diferente como distintas son las necesidades que va a solucionar. Todos esos son puntos del programa particular que en ningún caso pueden ser desatendidos por el arquitecto. Por experiencia histórica sabemos cual es el resultado a que se llega cuando se ignora que cada caso, para la arquitectura, es un caso particular: estilísticamente se le conoce como academismo, como eclecticismo; desde el punto de vista utilitario, como inadecuadas a su función y socialmente, como obras negativas.

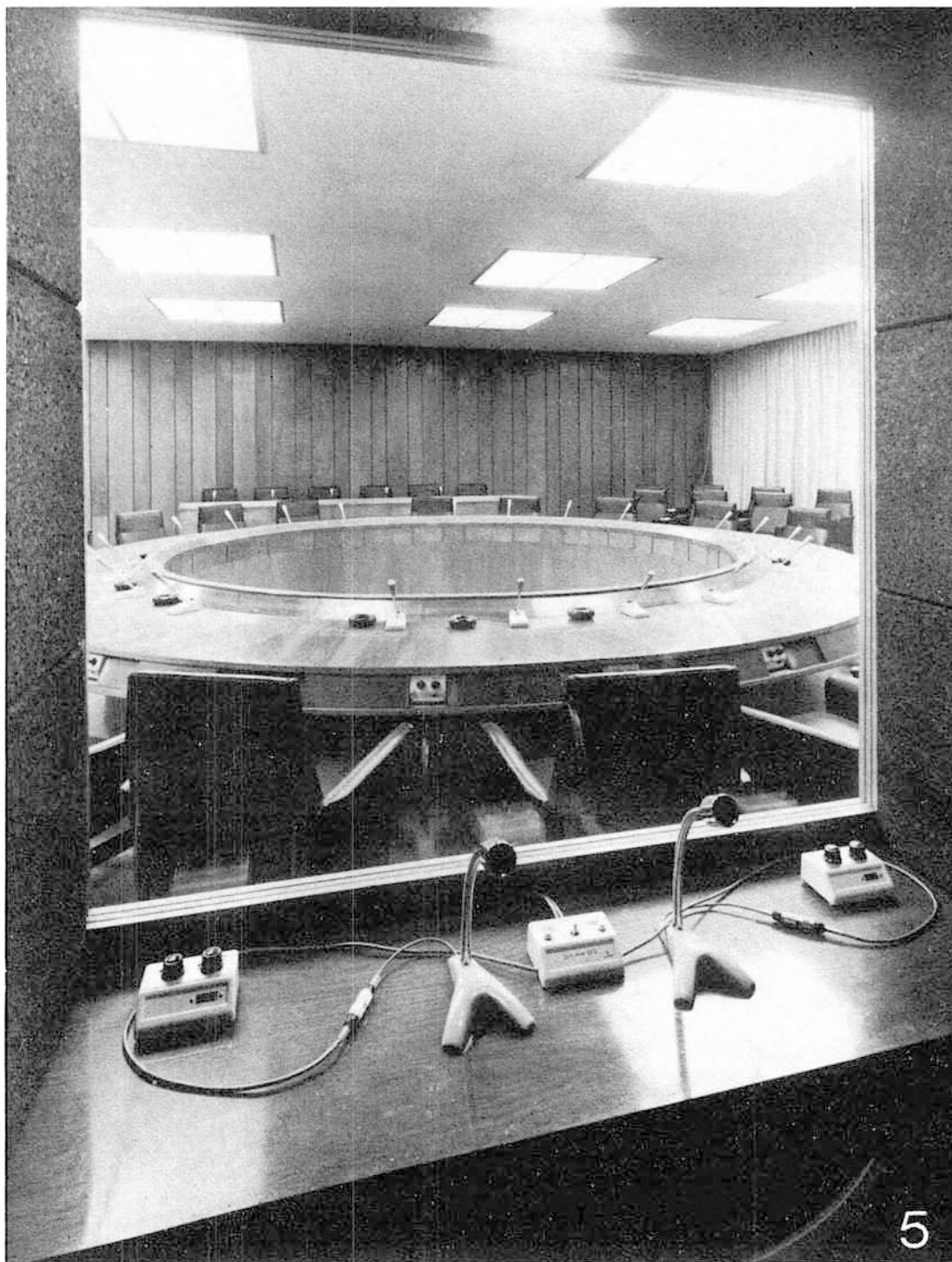
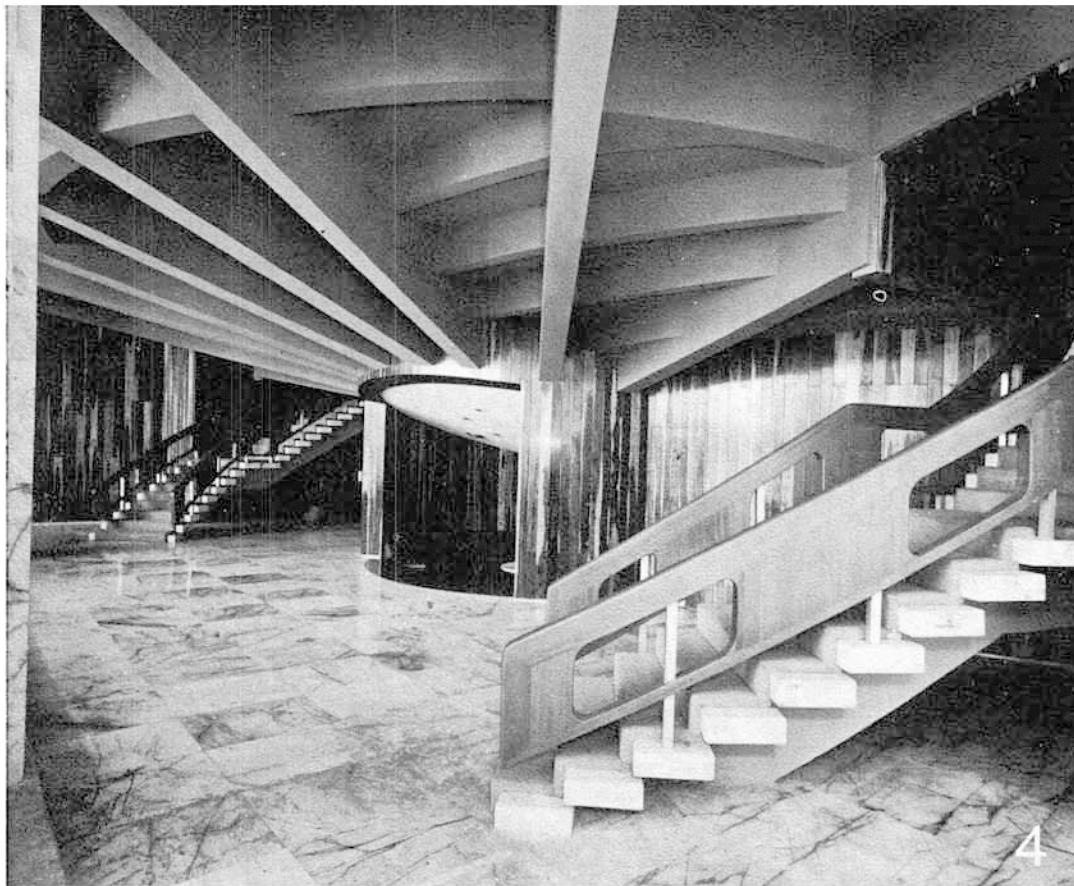
Por muchos autores ha sido enfatizado que los Seguros Sociales no son sino el primer paso de un sistema de vida en el que las personas se encuentran protegidas no solamente de los riesgos y de las eventualidades causadas por la enfermedad, por el ejercicio de la capacidad de trabajo; ni tampoco exclusivamente por los sucesos que implican un aumento repentino en el salario, como puede serlo el casamiento, el nacimiento de un hijo, y los gastos de un deceso.

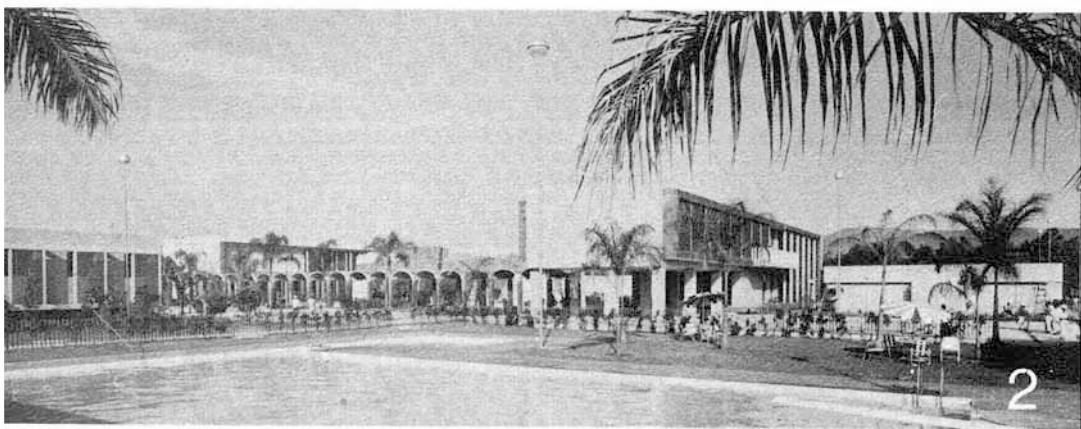
La seguridad social también significa seguridad de un trabajo, liquidación de las crisis económicas, elevación de la productividad, del ingreso personal y de todo lo que estas necesidades traen aparejadas consigo. Por ello, el concepto de seguridad social tiende a comprenderse como sinónimo de democracia, y en este sentido, es su aspecto más positivo.

Por ello principalmente, y porque las unidades médicas construidas por el IMSS se han ajustado a las elevadas normas a que nos hemos referido anteriormente, tanto desde el punto de vista constructivo, como de prestación de servicios, es por lo que los edificios del Seguro Social y precisamente los hospitales y los centros de seguridad social, dan a la comunidad la impresión de que es la institución que en la vida moderna les ampara y protege, papel que en otras épocas solamente lo tenían las iglesias.

Fuera de las grandes ciudades, las construcciones del Seguro Social son los edificios más importantes de la localidad. Modifican la fisonomía de la zona en que están ubicados y determinan alteraciones en las relaciones sociales.

De aquí que en las determinantes esenciales de las realizaciones arquitectónicas los arquitectos deban preocuparse por expresar la importancia social de dichos edificios y esforzarse en obtener las cualidades de atractivo, belleza, comodidad y utilidad que siendo siempre material de arquitectura adquieren en este caso un valor de propaganda de los beneficios de la Seguridad Social. En ocasiones quizá, se ha incurrido en derroche, en otras ha fallado la capacidad o buen gusto de los arquitectos, pero a pesar de todo, y para el juicio del público, han llenado las condiciones arriba anotadas. Las construcciones son de buena calidad, influyen en la elevación del medio físico en que los médicos ejecutan su labor y aún la misma consideración que a veces podría hacerse respecto a su costo, no lo es tanto si se considera que económicamente lo importante para la institución son los gastos de operación,





aspecto que sí debe ser especialmente cuidado en la planeación de los edificios.

El conjunto de estas normas constituye de hecho una doctrina mexicana de hospitales que consideramos nacional por la importancia que tiene el IMSS en la realización de hospitales en el país.

Dentro de esos principios, la administración actual terminó 26 hospitales iniciados por la administración anterior y tiene en marcha un plan muy importante de nuevas construcciones hospitalarias a través de todo el país; de las cuales ya se han terminado los hospitales de Reynosa, Ciudad Obregón, Tapachula, Netzahualcoyotl, Villa de Guadalupe y Cuautla.

Por lo que respecta a la habitación popular, el Instituto cuenta con 13 conjuntos de distinta magnitud en el país, que en total suman 11,081 habitaciones. De ellos, sin duda los más importantes son las Unidades Independencia y Santa Fé, con 2,500 y 2,200 viviendas respectivamente.

Desgraciadamente no ha sido posible hacer corresponder la elevada finalidad social que se tuvo en cuenta al realizarlas con la obtención de la reutilización mínima económica que se requiere para continuar desarrollando este capítulo, que es uno de los más importantes para el Seguro Social y que hasta este momento representa una pérdida que además, impide el proyecto y realización de nuevas unidades.

Para el IMSS la prestación de servicios sociales es una meta de gran trascendencia dentro del amplio concepto de la seguridad social. Al respecto ha desarrollado una importantísima labor que es altamente apreciada no solo en la capital sino en los estados de provincia. En la actualidad existen 107 Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar; 53 Talleres de Capacitación y 34 Teatros (15,220 butacas), en los que se realizan cursos de capacitación para jóvenes de ambos sexos que mejoren el ingreso familiar y también el desarrollo más eficaz de las actividades domésticas de las mujeres por lo que se refiere a la alimentación, el vestido, la higiene, el cuidado de los hijos etc. Los programas de estos centros tampoco son tipo: están adecuados a las condiciones de las diversas localidades y a las características de su población, de sus aptitudes y de sus carencias.

Renglón tan importante no puede sin embargo llevarse al grado en que sería deseable para las comunidades y representa el amplio campo de operación que el Instituto tiene que realizar en el futuro.

Estas actividades de prestaciones sociales que en realidad podrían englobarse en el concepto de la planeación racional y adecuada del uso del tiempo libre de una comunidad, tienen en el aspecto recreativo una magnífica realización en la unidad vacacional de Oaxtepec, cuyas actividades han podido cumplirse con éxito creciente y constituyen para el público una de las mejores manifestaciones de la presencia del Seguro Social.

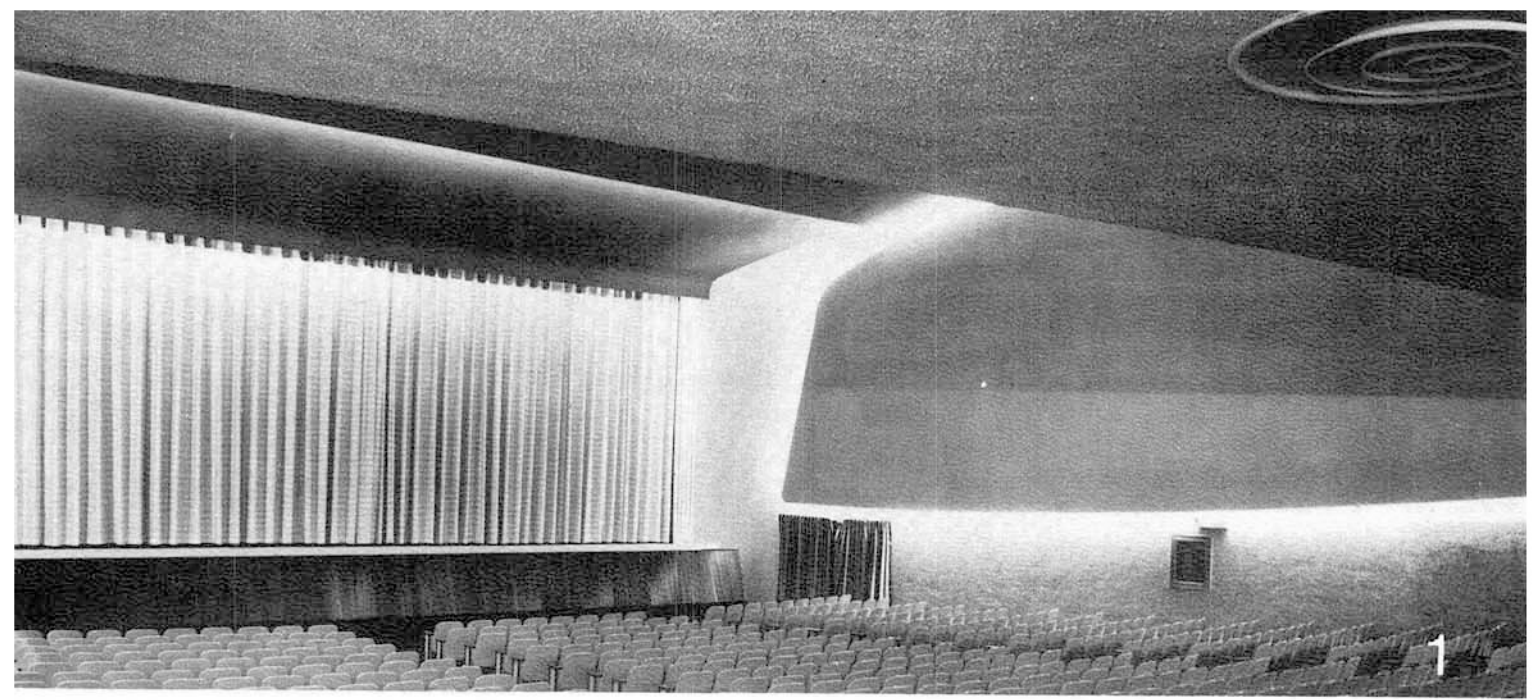
1
Unidad Cuauhtémoc en San Bartolo Naucalpan.
Arq. L. Pérez Villegas.

2
Conjunto en Zacatepec, Mor. Arq. Francisco Ruiz.

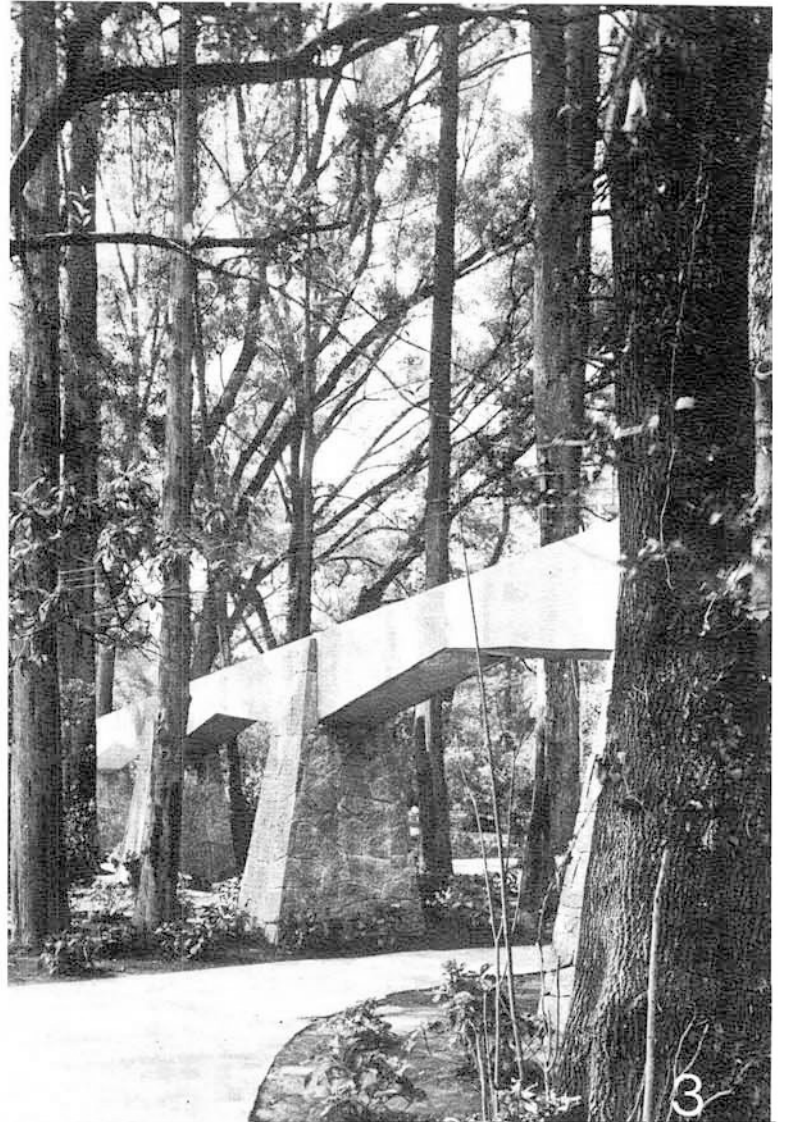
3
Instalaciones como la aquí expuesta, se realizan en diversas partes de la República.

4
Unidad Habitacional Independencia. Arq. Alejandro Prieto.

Arq. Enrique Yáñez de la Fuente



1



3

1

Auditorio.

2

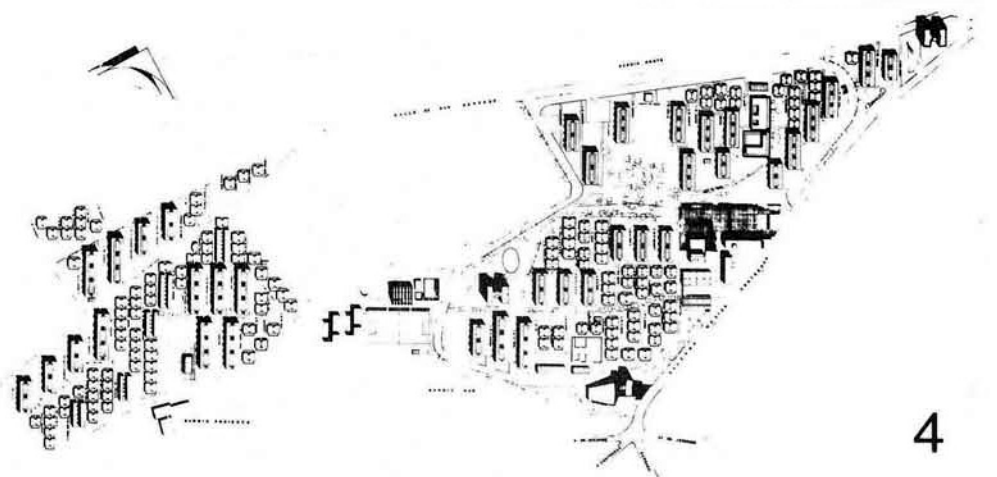
Exterior de la obra.

3

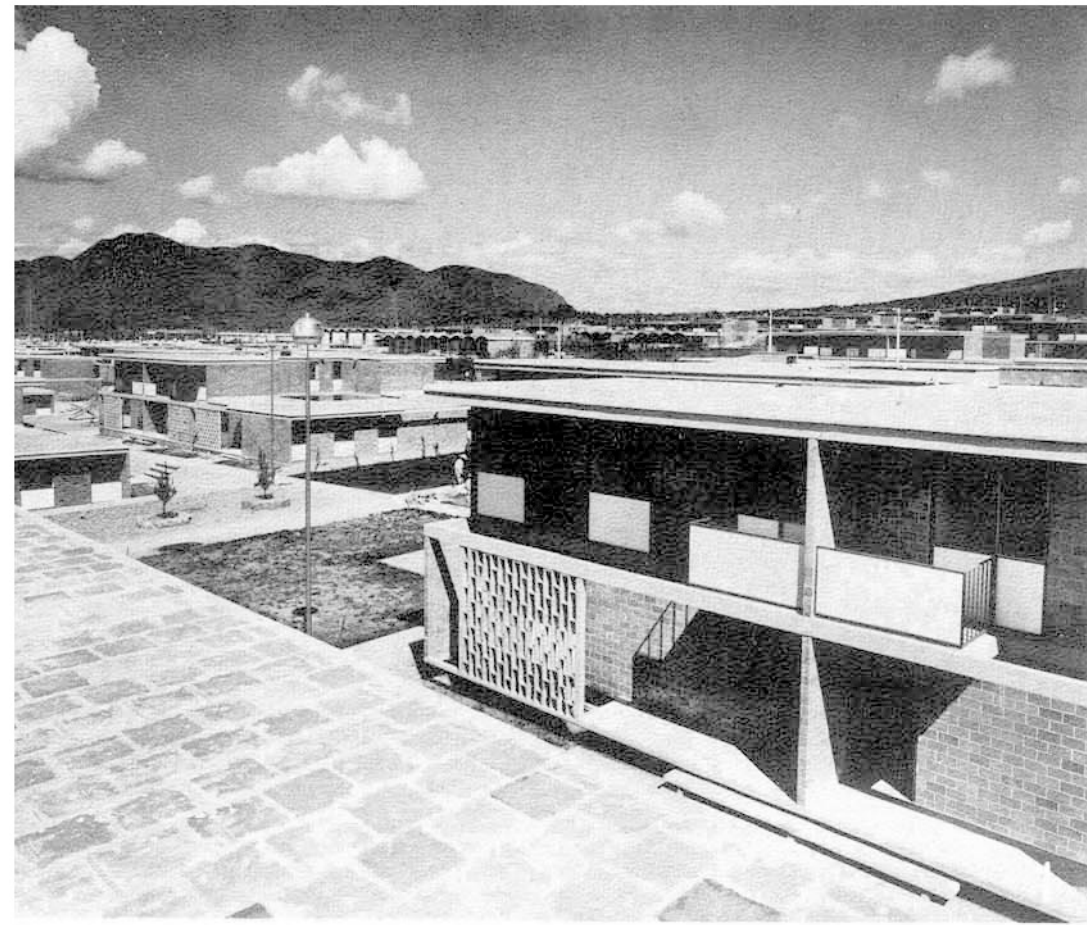
Detalle exterior.

4

Planta general



4



1

Unidad Habitacional en Ciudad Sahagún. Arq. Teodoro González de León.

2

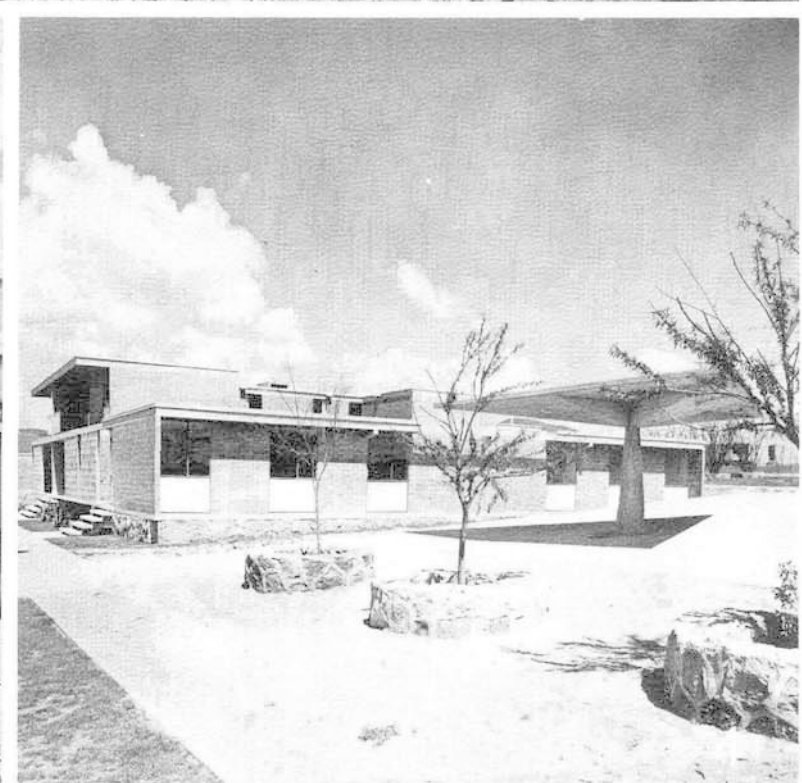
Zona de Juegos.

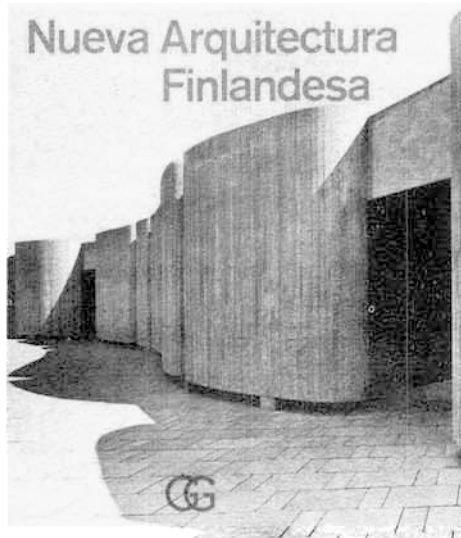
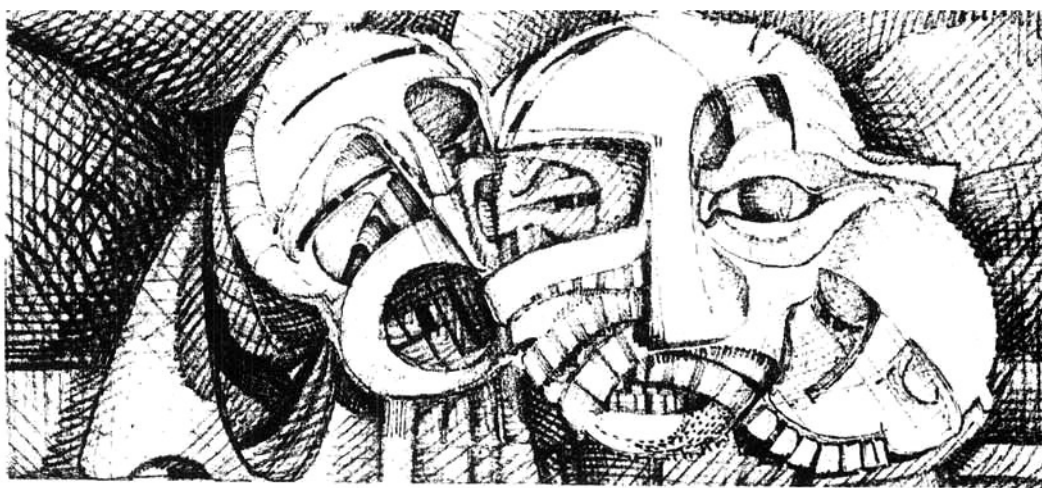
3

Interior de la Habitación.

4

Las instalaciones del IMSS son de gran calidad y mejoran las condicionantes de los lugares donde se realizan.





"ESTRUCTURAS ESPACIALES DE ACERO"

por el Dr. Ing. Z. S. Makowaki

En este libro se presenta una colección de ejemplos bien escogidos de construcciones metálicas del tipo espacial, con indicación de los diagramas de momentos en cada tipo de estructura. Enseña a pensar con una nueva concepción de las estructuras resistentes, con sus inherentes ventajas: la ramificación en el espacio de los esfuerzos transmitidos en vez de la transmisión coplanaria convencional, con su consiguiente ahorro de material. También destacan las ventajas de las nuevas estructuras en cuanto a prefabricación y rapidez de montaje. Se describen los principales sistemas de prefabricación patentados en la actualidad, haciendo hincapié en las ingeniosas maneras de formación de los nudos.

Los ejemplos están agrupados según cinco tipos fundamentales de estructuras. A saber: 1.—Reticulados de vigas y estructuras espaciales. 2.—Bóvedas de cañón de entramado. 3.—Cúpulas de entramado. 4.—Estructuras laminares metálicas. 5.—Cubiertas colgantes.

En el texto se explican las ventajas específicas de cada tipo de estructura y su idoneidad para cada caso.

El libro será de gran interés para el arquitecto, cuya búsqueda en nuevas soluciones, sea acorde al momento de nuevas necesidades de expresión.

Egon Tempel,

NUEVA ARQUITECTURA FINLANDESA

La Editorial Gustavo Gili, acaba de poner a la venta este volumen, correspondiente a su sección de arquitectura. El libro, de agradable formato y bella presentación, tiene unas 500 ilustraciones, lo cual asegura el aspecto cuantitativo de su documentación. En la parte introductoria, el libro nos da una sucinta pero suficiente idea de la evolución de la arquitectura y el urbanismo en Finlandia desde la Edad Media hasta 1925, aproximadamente. La parte principal del libro está destinada a tratar, obra por obra, las principales construcciones del período actual, que parte de Alvar, alto, mundialmente conocido, y abarca edificios de los géneros más diversos: bloques de oficinas, de viviendas, casas unifamiliares, edificios deportivos, religiosos, etc. Cada obra se ilustra con un promedio de 4 ó 5 fotografías más dibujos de secciones y la planta del edificio. Desfilan por el libro la mayoría de arquitectos finlandeses de renombre, como Viljo Revell, Kaija y Heikki Siren, Reima Pietila, y el lector llega a conocer perfectamente las características de la versión finlandesa del estilo internacional, en sus diversos sub-estilos (orgánico, neoempirista, racionalista, etc.), versión que da importancia suma a la nobleza de los materiales y al uso adecuado y claro de los mismos. Es también característico de Finlandia —nación con escasa densidad de población— el contacto con la Naturaleza, la apertura de la casa al paisaje, a pesar de la dureza del clima que se combate con adelantos técnicos que se exponen debidamente. El libro ha sido traducido del alemán por Lourdes Cirlet Valenzuela.

DATOS PARA LA HISTORIA

La Secretaría de Industria y Comercio, a través del Colegio de Arquitectos de México, ha lanzado una convocatoria para la realización del Pabellón de México en la Feria Mundial de Osaka, Japón, que se efectuara en el año de 1970.

Para ello se presentaron las bases para los participantes, en las que se determinaba que podían tomar parte en el concurso los arquitectos miembros de los colegios asociados a la Federación Nacional de Colegios de Arquitectos de la República Mexicana.

Las fechas de inscripción fueron del 1o. al 15 de enero de 1969, y de entrega hasta el 31 de enero a las 20 horas.

Se otorgará un premio de 20,000.00 pesos al anteproyecto ganador; así como también 30,000.00 pesos para su realización. Además el triunfador ganará un viaje de ida y vuelta al Japón durante la inauguración del pabellón mexicano.

Este hecho presenta muy especiales características dado que son pocas las ocasiones en que para la realización de una obra de esta importancia se convoca a los arquitectos mexicanos a participar en las presentes circunstancias. Calli considera importante que en obras de uso público se realicen concursos con el objeto de lograr las mejores participaciones en las obras que representan a nuestra arquitectura; y cuando esta obra se realiza en el extranjero, este hecho adquiere una mayor valoración. Por ello invitamos a nuestros lectores a que opinen sobre la convocatoria y realización de este concurso.



LA
VENTANA
Y EL
HOMBRE

Cristal flotado



**LO MAS NUEVO
Y MARAVILLOSO
EN EL MUNDO
DEL CRISTAL...**

Valioso elemento para la

- Arquitectura Moderna
- Industria Automotriz
- Escaparates
- Lunas Finas

Usted ve a través de VIDRIO PLANO
y VIDRIO PLANO ve siempre al futuro



VIDRIO PLANO DE MEXICO, S. A.



¡tras este vidrio está seguro!

CRINACOLOR

el vidrio inastillable de seguridad, además de sus cualidades de protección le ofrece:

- Mucho menor precio que el vidrio importado.
- Aislamiento Térmico
- Aislamiento Acústico
- Inmediata reposición

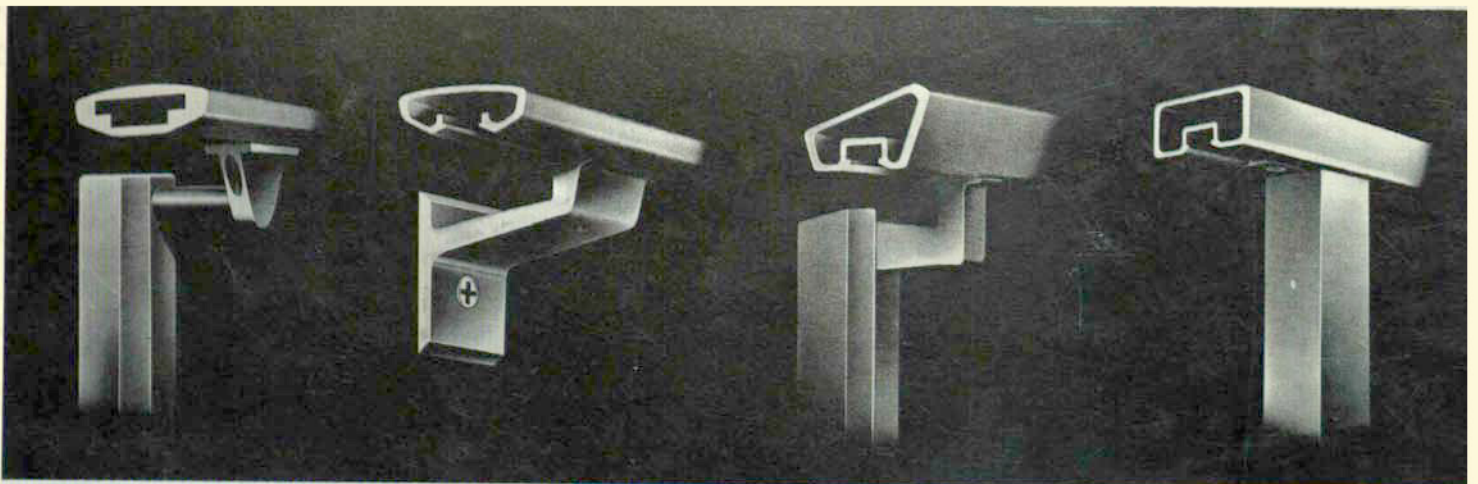
Para mayor información, escriba a:
Distribuidora CRINAMEX, S. A.
Agricultura No. 43,
Col. Escandón,
México, D. F.

Si usted reside en el Distrito Federal puede llamar al teléfono: 69-27-22 y se le visitará de inmediato, sin ningún compromiso de su parte.

CRINACOLOR



Vidrio Inastillable de Seguridad.



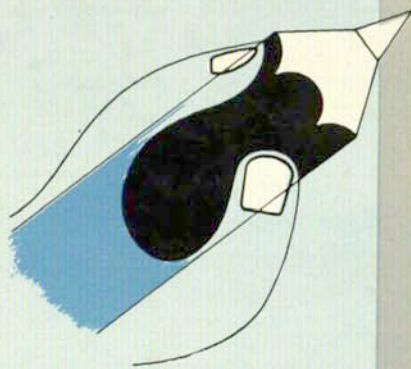
ALUMINIO

La respuesta podría ser: "PORQUE KAWNEER GARANTIZA CURVATURA SIN LIMITE EN SUS PASAMANOS"; pero hay algo más: pasamanos y postes han sido diseñados para cumplir sobradamente con las condiciones de seguridad que exigen los preceptos de ingeniería.

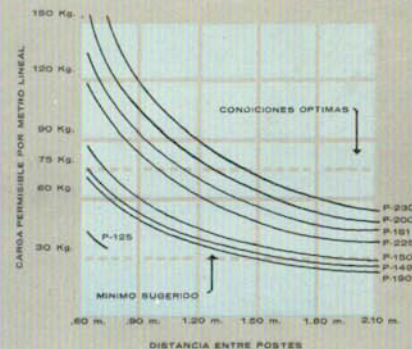
Nuestros pasamanos soportan una carga de 150 kg/m con claros de 1.50 m. y sus diferentes modelos de postes, son de montaje mecánico para evitar las fallas por recocido del aluminio que suelen sufrir los postes soldados.

La gráfica muestra la carga permisible por metro lineal de nuestros postes, obtenida en severas pruebas de laboratorio.

Pasamanos en colores Bronce Claro, Bronce Oscuro y Negro con el proceso PERMANODIC, exclusivo de Kawneer. El acabado PERMANODIC mantiene su pasamanos libre de rayaduras.



Por qué
se especifica
Kawneer
con tanta
seguridad...



PRESTIGIO MUNDIAL EN ALUMINIO

PUERTAS
VENTANAS
CANCELERIA
FACHADAS INTEGRALES
PERFILES EXTRUIDOS

KAWNEER DE MEXICO, S.A. DE C.V. Calle 3 No. 8 Naucalpan, Edo. de México-27-02-95
CON SU NUEVO TELEFONO 76-15-11

Vea a su Distribuidor más cercano