

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

	Pág.
INFLUENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PROGRESO MEDICO CIENTIFICO. LA FORMACION DEL MEDICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL	
<i>Dr. Luis Méndez</i>	259
El concepto de la salud y su significado social	259
La ciencia médica y la política social	263
Influencia de la política social en el avance de la ciencia médica	266
La institucionalización de la medicina	267
El papel de la medicina en la seguridad social	270
Influencia de la seguridad social en el progreso científico de la medicina y la formación profesional	273
INFORME FINAL	283
ELEMENTOS BASICOS DE CONTROL DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES MEDICAS. AUDITORIA MEDICA Y PROCEDIMIENTOS TECNICO-ADMINISTRATIVOS <i>Dr. Arturo Vasi Pérez</i>	287
Es así que la eficiencia podemos medirla analizando los siguientes indicadores	295
En cuanto a la cantidad de servicios impartidos podemos medirla utilizando los siguientes indicadores	295
En cuanto al rendimiento económico podemos medirlo utilizando los siguientes indicadores	296
INFORME FINAL	303
LOS PROGRAMAS DE COORDINACION ENTRE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS MINISTERIOS DE SALUD PUBLICA. APLICACION Y RESULTADOS	
<i>Dr. Horacio Parra Escobar</i>	307
Conceptos, definiciones y antecedentes	307
Plan de desarrollo de la ponencia	312
Resúmenes de las realizaciones y aplicaciones	314
ARGENTINA	314
BOLIVIA	314
BRASIL	314
CANADA	315
COLOMBIA	315
COSTA RICA	317
CUBA	318
CHILE	318
ECUADOR	318
EL SALVADOR	318
GUATEMALA	318
HONDURAS	319
MEXICO	320
NICARAGUA	321
PANAMA	321
PARAGUAY	322
PERU	323
REPUBLICA DOMINICANA	324
VENEZUELA	325

ELEMENTOS BASICOS DE CONTROL DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES MEDICAS. AUDITORIA MEDICA Y PROCEDIMIENTOS TECNICO-ADMINISTRATIVOS.

PONENTE: COMISIÓN REGIONAL AMERICANA
MÉDICO-SOCIAL.
DR. ARTURO VASI PÁEZ.

PRESIDENTE: DR. ALEJANDRO FLORES ZORRILLA.
REPRESENTANTE EN MÉXICO DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS.

SECRETARIO TÉCNICO: DR. CARLOS ZAMARRIPA.
JEFE DE PLANEACIÓN Y SUPERVISIÓN
MÉDICA DEL IMSS.

ELEMENTOS BASICOS DE CONTROL
DE LA CALIDAD DE LAS
PRESTACIONES MEDICAS.
AUDITORIA MEDICA
Y PROCEDIMIENTOS
TECNICO-ADMINISTRATIVOS



Dr. Arturo Vasi Páez

En nombre de la Comisión Regional Americana Médico Social, cumplo el honroso encargo de presentar este tema cuya trascendencia para la vida de los regímenes de Seguridad Social está plenamente reconocida y refleja la actual mentalidad de sus directivos, que en un afán de perfeccionamiento, han ido superando otras inquietudes y hoy tienen como interés principal, lograr la determinación del nivel de calidad de las prestaciones médicas y consecuentemente el conocimiento y aceptación de tal calidad, que es necesario acreditar fehacientemente.

En la mayoría de los países americanos se ha concordado en que los servicios médicos de la seguridad social ofrecían la mejor calidad, pero muchas veces esto era reflejo de la impresión que producían sus instalaciones, y de los recursos con que se sabía que contaban; en el momento actual y luego de largos años de ejercicio, resulta significativo que cuando en muchos casos ya existen otras modernas instalaciones asistenciales y no siempre los recursos son tan amplios como antes, el Comité Permanente Interamericano, se adelanta a otros sectores del campo de la salud y propicie este tipo de análisis, que cualquiera que fuera su resultado contribuirá a cimentar el prestigio y a difundir la aceptación de tal procedimiento.

La calidad de los Servicios Médicos de la Seguridad Social, casi siempre nacidos en un clima de controversia por constituir el paso de un tipo de medicina individualista al ejercicio de una responsabilidad institucional, ha sido motivo de permanente atención para los Organismos Internacionales. Tenemos largos antecedentes en la Recomendación No. 69 de la Conferencia de OIT en Philadelphia 1944; también en el Convenio 102 correspondiente a la XXXV Reunión de la Conferencia de OIT 1952 por sólo citar algunos.

De otro lado y bajo orientación diferente podemos citar que en los EE.UU. Codman en 1914 proponía un balance anual de los pacientes fallecidos, de los curados, de la efectividad de los tratamientos, etc. En 1918 Ward inició la revisión sistemática de todas las historias de los pacientes ingresados y Ponton en 1938 presentó un plan para el "Professional Service Accounting". También el inicio en 1918 por el Colegio Americano de Cirujanos de la Standarización de los hospitales y la labor de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales sobre requisitos para la acreditación, son muestras del interés por garantizar un nivel aceptable en la atención médica.

La Comisión Regional Americana Médico Social exhibe numerosos antecedentes; como los informes de Ricardo Asturias Valenzuela sobre calidad de los servicios médicos, en que revisa diversos factores estructurales y funcionales, y de Fernando Escalante Pradilla sobre el volumen y costo de las prestaciones de Enfermedad-Maternidad, en que hace una correlación entre ambos factores; las Resoluciones de la IV Conferencia Interamericana de Seguridad Social México 1951, las de la VII Conferencia en Asunción 1964, hasta los informes sobre calidad de los servicios médicos en la Reunión del Comité Permanente de Lima 1967 y en la VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social de Panamá 1968; demuestran que la seguridad social es la parte del sector salud que más se ha interesado en conocer y garantizar la calidad de las prestaciones médicas, particularmente en el caso de aquellas instituciones que cuentan con servicios propios. Esto ha respondido al hecho de que la población adscrita a cada centro asistencial está constituida por derecho-habientes que recurren obligadamente y no como en los servicios privados o públicos, en los que ni la población tiene la obligatoriedad de concurrir ni el servicio asume el compromiso de la atención; me hace recordar esto, los días en que practicaba la cirugía y en nuestro hospital de la Seguridad Social encontrábamos mayor número de recidivas y complicaciones, que las declaradas por los servicios públicos sin población adscrita, y asimismo se presentaba mayor número de reclamaciones por la atención del personal, las demoras, las dietas o las "pastillas", a pesar de los muy amplios recursos humanos, económicos y de todo tipo empleados.

Esto confirma que la Seguridad Social, es un campo que reúne condiciones particularmente favorables para el control de la calidad de las prestaciones médicas, en forma sistemática y no sólo en base al consenso o por el número de reclamaciones.

Para los efectos de la preparación de este informe, la Secretaría General cursó dos cuestionarios, que se complementan y cubren los

aspectos más sobresalientes del tema; de los cuales hemos recibido respuestas que nos han permitido obtener una visión del estado de estas actividades en algunas instituciones de seguridad social; aprovecho para agradecer la valiosa información recibida de tales instituciones y también de numerosas delegaciones regionales del IMSS.

Las nueve preguntas contenidas en el primer cuestionario tuvieron un carácter objetivo mereciendo, en la mayoría de los casos respuestas afirmativas reafirmando la trascendencia de tales actividades, como elementos concurrentes al mejoramiento de la calidad de las prestaciones.

Las 14 preguntas contenidas en el segundo cuestionario en que se solicitaban opiniones han merecido respuestas totalmente diferentes que demuestran que esta etapa aún no es uniforme y que sólo puede producirse como resultado de una labor de evaluación permanente.

A través de las respuestas, que no en todos los casos fueron completas, se evidencia una forma muy diferente de definir y enfocar el tema, siendo aún relativo el grado de homogenización; es por ello, que nos limitaremos a sintetizar en forma general los aspectos enunciados en los cuestionarios. Sin embargo, en todos los informes se evidencia una clara diferenciación entre los métodos y elementos de evaluación de la calidad del trabajo individual, de aquellos para evaluar el rendimiento o la calidad del servicio como acción institucional, y también una relativa sujeción del primero a las condiciones del segundo.

Es indudable que el trabajo médico es uno de los componentes de la prestación y que, aún teniendo la mayor importancia, sólo cuando está relacionado a una constelación de factores rinde toda su efectividad; es por ello necesaria la auditoría como elemento de calificación y estímulo del trabajo individual del médico; y de los otros procedimientos técnico-administrativos, como la evaluación del rendimiento institucional; y sólo cuando ambos conservan adecuado paralelismo podremos colegir que la prestación brindada es de la calidad deseada.

Al tratar de los elementos básicos de control y calidad de las prestaciones médicas, deberíamos suponer que tenemos clara definición de lo que es calidad y que conocemos el nivel que consideramos adecuado para poder efectuar el control que determine la aproximación o alejamiento de él. Sin embargo, no poseemos una definición de calidad y sosteníamos en anterior ponencia que "todo concepto tiene una problemática que lo condiciona y la calidad de los servicios médicos en función de dicha problemática, determina tanto en el tiempo como en el espacio, que un servicio médico que en un lugar, en una etapa y en determinadas

circunstancias sea de calidad adecuada, no lo sea en otro lugar, en otra etapa y en otras circunstancias”.

Esto hace que no debemos formular el problema de calidad en términos abstractos, sino en función de situaciones concretas y como derivado de cada realidad.

Por ser motivo de esta ponencia, el control de la calidad de las prestaciones médicas, podríamos suponer que los elementos de control más útiles serían aquellos que permitan constatar la presencia de las que nos atrevimos a enunciar como las condiciones generales que deberían reunir los servicios médicos de buena calidad y que merecieran la aprobación de la VIII Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Panamá 1968; pero, sin embargo, somos conscientes, tal como lo expresáramos en aquella oportunidad que, aun el hecho de reunir las en mayor o menor grado, no permite sino caracterizar a un servicio médico, sin lograr su calificación, debiendo brindarse también atención a los aspectos de organización, administración y rendimiento y, más aún, a los aspectos subjetivos de satisfacción de expectativas e incluso a aquellos concordantes con el desarrollo nacional.

Por estas razones adquiere mayor utilidad el hecho no de definir ni de determinar la calidad, sino que consecuentes con su definición “como conjunto de cualidades” resultan más importantes, la actitud de control de ellas y la aplicación permanente de métodos evaluativos, conservando el concepto unívoco de calidad valedero en todos los casos y en todas las circunstancias, convencidos de la relación directa existente entre control y calidad.

Teniendo en cuenta la necesidad de evaluar la calidad no sólo individual sino integral de la atención brindada, ya que el objetivo de los controles es lograr “impartir la mejor calidad y atención al mayor número de pacientes y con el menor costo posible”, aceptamos que el obtener la mejor calidad no constituye sólo una especulación, sino que es un fin con trascendencia práctica en la vida y relaciones de las instituciones de Seguridad Social.

Podemos distinguir entre los muchos elementos cuya participación debe analizarse dentro del concepto de mejoramiento de la calidad, algunos que son condicionantes y otros determinantes; comentaremos en forma rápida algunos de ellos en lo concerniente a su participación.

Las bases de la planeación para la construcción de las unidades puede considerarse como elemento condicionante en relación con el grado de satisfacción de las necesidades de la población a cubrir y con la previsión de las futuras necesidades, siendo posible también

tener en cuenta la realización de adaptaciones o ampliaciones para atender nuevas o crecientes necesidades, como un indicador del grado de mejoramiento con el propósito de mantener operativamente adecuadas las unidades. Puede, pues, significar la presencia de estas labores un elemento que tiende a mejorar la calidad y al crear nuevos servicios, evitar la sobrecarga o por lo menos actualizar la planta física a la funcionalidad requerida.

La organización de la Institución a la cual pertenece el servicio médico, así como el conjunto de normas y de orientaciones en las cuales se basa su estructura, son también factores condicionantes para mantener una adecuada calidad y permitir su control.

Instituciones en las cuales cada servicio funciona independientemente, creando sus propios procedimientos y sin ser en la realidad parte integrante de un sistema en el que la responsabilidad la adquiere la institución, no ofrecen garantía para su mantenimiento dentro de un adecuado nivel, ni para orientar efectivamente su acción, lo cual traerá un detrimento de su eficacia.

Instituciones cuya organización no responde al objetivo de facilitar la labor y la expansión de sus servicios o en que los servicios médicos no tengan ubicación con acceso directo a los niveles de decisión, tendrán una calidad correspondiente. Es necesario pues, que exista un permanente afinamiento de la estructura administrativa y una fluidificación de procedimientos a fin de lograr una dinamización de las acciones y consecuentemente un incremento del rendimiento.

La necesidad de contar con personal profesional, técnico y auxiliar en número suficiente y debidamente entrenado, constituye otro factor condicionante de gran importancia; pero indudablemente que la presencia del personal no es la solución del problema y es necesario distinguir varios aspectos.

En lo referente al número, sólo la aplicación de cuadros básicos de organización podrá darnos una idea de la suficiencia de las dotaciones, siempre que determinen con la mayor aproximación el número de elementos humanos de cada condición para cada función, en relación con el indicador que se estime aceptable, en lo referente a horas contratadas por actividad para cada unidad de medida; pero su relación con el grado de eficacia estará aún influida por factores circunstanciales.

La capacitación o entrenamiento del personal posiblemente tenga más influencia que su número y para su apreciación, el factor más valedero resulta ser la forma de selección para el reclutamiento y para las promociones; en este aspecto el concurso es el único método que sin

ser perfecto permite, si no seleccionar al sujeto ideal por lo menos sí, elegir al mejor de entre aquellos que reúnen los requisitos exigidos por la función. La experiencia ha demostrado que los ascensos por antigüedad son un factor negativo para la superación.

La existencia de sistemas debidamente reglamentados de provisión y promoción es un claro exponente del control sobre la selección y un indicador de calidad.

El uso de cuadros básicos de medicamentos, vestuario, equipos y materiales de consumo y de curación debe citarse como uno de los factores determinantes de la calidad de las prestaciones, pues lejos de constituir una limitación, significan por el contrario una garantía del abastecimiento suficiente y oportuno de artículos de la mejor calidad, de conformidad con las especificaciones que para cada artículo exige este sistema.

En el caso del cuadro básico de medicamentos o petitorio farmacológico su aceptación es plena, como resultado de las numerosas recomendaciones al respecto por asambleas y conferencias, y no se contradice en ningún aspecto con la libertad del médico para recetar el medicamento que considere más adecuado, pues nada impide que dentro de la numerosa lista de fármacos similares se elija por médicos, un número que sin ser muy restringido, permite una selección de entre ellos para cada caso.

Por solo citar algunas de las razones que fundamentan el uso del cuadro básico de medicamentos, podríamos mencionar el gran número de productos inscritos en cada país, la similitud de fórmulas de muchos de ellos, que por no ser iguales permiten diferencias de precios; las diferentes y numerosas formas de presentación, la imposibilidad de parte del médico de memorizar las numerosas denominaciones comerciales o de fantasía para productos similares; la imposibilidad física, económica y administrativa de mantener stocks en todas las farmacias institucionales de todos los productos que pudieran ser prescritos, los problemas que trae el manejo de tal tipo de "stocks", en lo referente a fechas de vencimiento, pérdida de actualidad y estado de conservación.

El uso del cuadro básico de medicamentos también permite establecer una serie de pautas en relación a la polifarmacia, al uso amplio de medicaciones sintomáticas, al uso de medicaciones etiológicas cuando aún no se tiene un diagnóstico confirmado; así como, sobre modalidades de prescripción respecto a las cantidades y sobre las llamadas rutinas terapéuticas, que en cada caso tendrán que ser revisadas y superadas permanentemente.

De otro lado no escapa a nadie la necesidad de mantener los costos dentro de ciertos niveles compatibles con la capacidad institucional, sin desmedro de la calidad de la prescripción; y el hecho de realizar una medicina de tipo social que deba ofrecer condiciones similares a todos los derecho-habientes, evitando las posiciones individuales al prescribir, lo cual iría en contra del concepto de medicina institucional al crear grupos favorecidos. Asimismo, el que los cuadros básicos deban ser elaborados y actualizados por Comités profesionales de competencia y solvencia reconocidas, pero que no intervienen en la mecánica de la adquisición, permite a la vez, que tener plena confianza de que la selección es sobre la base de calidad y garantía de los productos incorporados, ejercer una vigilancia sobre los organismos administrativos encargados del abastecimiento.

Razones similares a las enunciadas, con facetas particulares para cada caso abonan sobre el uso de cuadros básicos para vestuario, impresos y formularios, equipos y materiales de curación y de consumo en general, aunadas al hecho de que una medicina institucional, debe ofrecer a cada una de sus unidades, oportunidades para el logro de los mejores resultados, pero sobre la base de condiciones similares que permitan un grado adecuado de comparabilidad de los resultados y por ende de su eficiencia.

Aparte de ello la standarización permite mantener a cada unidad dentro del nivel o tipo en que se le ha clasificado en relación a la función que se le ha asignado, evitando así derroche a nivel de la unidad y logrando una mejor funcionalidad a nivel del sistema.

También contribuyen los cuadros básicos a mantener la vigencia de las tablas de dotación para cada unidad, pudiendo controlarse los promedios de consumo de cada artículo por comparación con las actividades desarrolladas, por otras unidades del mismo tipo.

Finalmente, no puede descartarse el efecto no sólo psicológico sino práctico de la uniformidad, tanto sobre los pacientes como sobre los propios servidores que se encuentran igualmente adaptados en cualquier unidad contribuyendo esto al fortalecimiento del espíritu de institucionalidad indispensable a los fines de la Seguridad Social.

Un elemento que consideramos de la más grande influencia y determinante en el control de la calidad de las prestaciones es la moderna versión de aquella inquietud respecto a la correlación entre volumen y costo, que en un tiempo servía a los actuarios para analizar la vigencia de los índices y como un modo de mantener el control sobre los gastos

excesivos de los seguros de enfermedad-maternidad. En la actualidad esa inquietud que ha sido expuesta en múltiples reuniones, demostrando el interés de los organismos de Seguridad Social por conocer los factores que influían sus actividades, ha encontrado su mejor expresión en las técnicas de programación que se aplican mediante los presupuestos funcionales.

Es de todos conocido que existen varias etapas en la presupuestación, pero todo el proceso converge a la realización de un diagnóstico de la situación observada y a la formulación de un modelo normativo o situación deseada, que debe ser descrita definiendo las metas y unidades de medida que permitan cuantificar los logros mediante la evaluación o etapa final.

La aceptación de estas técnicas por las instituciones de Seguridad Social es de la más grande importancia, pues aún hay algunas que llevadas del criterio de que es imposible predecir los requerimientos de la población cubierta y que no es posible sujetarse a una rigidez presupuestaria no la adoptan; nada más lejos de la realidad que tal rigidez presupuestaria y la experiencia viene demostrando que donde hay mayores gastos no siempre hay mejor satisfacción de las necesidades.

Si mediante la elaboración de un diagnóstico, basado en hechos reales componentes de la situación observada, se cuantifica la demanda y se correlaciona mediante una instrumentalización con los costos unitarios, resulta muy simple en base a la estadística poder asignar los recursos necesarios relacionando el costo unitario con el número de acciones a cumplir, que constituirán metas provisionales.

Nadie duda de que este es un proceso de continuos reajustes y que el primer ensayo no conduce al éxito, pero los resultados son sorprendentes cuando empezamos a observar que para poblaciones iguales no se dispensa el mismo número de consultas o no se produce similar número de egresos con poblaciones y capacidad instalada similares o que donde los gastos de alimentación son mayores, no se dispone siempre las dietas calóricamente más ricas y así serían innumerables los ejemplos de la bondad del procedimiento.

Podríamos también citar algunas de las razones que expresamos respecto a los beneficios de los cuadros básicos y considerar que esta metodología constituye una suma de ellos y un gran cuadro básico, que es a no dudarlo uno de los mejores instrumentos para lograr el afianzamiento del carácter institucional de la medicina de la seguridad social.

El carecer de determinado nivel de eficiencia considerado absoluto, hace que la evaluación permanente sea por comparación un factor deter-

minante del grado en que se satisface el objetivo que enunciáramos anteriormente de “impartir la mejor calidad y atención al mayor número de pacientes y con el menor costo posible”.

El fijar racionalmente un número de metas a cumplir por cada unidad nos da cierta facilidad para efectuar la comparación inmediata y mediata de sus resultados, permitiendo establecer indicadores de actividades para cada atributo que no sólo nos darán una visión del cumplimiento cuantitativo sino incluso cualitativo o sea de la eficiencia de la labor, al cuantificar mediante el uso de indicadores, aun negativos, el mejoramiento del nivel de salud. Conoceremos la cantidad de pérdida de salud por el número de enfermedades y muertes y posteriormente al determinar las modificaciones ocurridas, se determinará la cantidad de salud ganada.

Es así que la eficiencia podemos medirla analizando los siguientes indicadores:

- Tasas de mortalidad bruta y corregida.
- Tasas de mortalidad específica, materna, neo-natal y fetal.
- Tasa de mortalidad anestésica.
- Tasa de mortalidad quirúrgica.
- Defunciones totales y por servicios.
- Tasa de cesáreas.
- Tasa de autopsias.
- Tasa de complicaciones post-operatorias.
- Porcentaje de infecciones hospitalarias.
- Resultado de los tratamientos impartidos: curados, mejorados, sin mejoría, fallecidos.
- Promedio de consultas por paciente.
- Promedio de Interconsultas.
- Promedio de exámenes de laboratorio por paciente.
- Horas médico y enfermería por paciente.
- Tasas de morbilidad por daño.

En cuanto a la cantidad de servicios impartidos podemos medirla utilizando los siguientes indicadores:

- Número de pacientes admitidos y número de egresos.
- Porcentaje de ocupación total y por servicio.
- Promedio de estancias total y por servicio.
- Número de partos eutósicos y distósicos.
- Número de nacimientos.
- Número de intervenciones quirúrgicas.

Promedio diario de consultas.
Promedio diario de consultas por hora médico.
Número de exámenes de laboratorio.
Número de exámenes radiológicos.
Número total de recetas expedidas y por paciente.
Kilos de ropa utilizada por cama.

En cuanto al rendimiento económico podemos medirlo utilizando los siguientes indicadores:

Costo-cama-día.
Costo-paciente-día.
Costo por tratamiento completo conforme la clasificación por daño.
Costo por ración servida.
Costo por kilo de ropa lavada.
Costo por hora médico.
Costo por estudio radiológico.
Costo por examen de laboratorio.
Costo por metro cuadrado de mantenimiento.
Costo de prescripción por paciente y por servicio.

La existencia en Latinoamérica de grandes sistemas hospitalarios contruidos bajo diferentes orientaciones y técnicas, hace que al comprobarse la vigencia de los indicadores anotados, además de los numerosos que intencionalmente hemos omitido, pueda efectuarse una corrección de los standares aceptados en otros medios, dándoles valores más próximos a nuestra realidad económica, social, antropológica y sanitaria.

Factor inseparable de los ya mencionados como determinantes en el control de la calidad de las prestaciones, por sus características singulares que le dan vigencia sobre el rendimiento individual y de grupo, en la Supervisión Permanente; tan aplicada en los campos industrial, comercial, etc., no ha sido todavía muy difundida en el campo de la salud y algunas instituciones carecen de ella, pero cada día se van reconociendo mejor los beneficios de este tipo de labor, que participa tanto de la asesoría, del control, del estímulo, como de la capacitación.

La información abundante y metódicamente recogida mediante la Supervisión Permanente, permite a la autoridad responsable dictar con oportunidad medidas para corregir los alejamientos que se detecten respecto a las metas previstas y conocer las razones que inciden en tales hechos, a fin de normar y mejorar los resultados; sólo con una Supervisión Permanente puede tener vigencia el sistema de presupuestos

funcionales y por tanto, resultados adecuados la evaluación. Poco podrá hablarse de control de calidad sin Supervisión Permanente, pues sin ella nos limitaremos a constatar hechos ya ocurridos y a proponer soluciones futuras que no siempre lo serán en relación a las circunstancias vigentes. Es posible, que sin supervisión hayan servicios de por sí de buena calidad, pero también habrán otros que no lo sean, lo difícil es que sin supervisión se exhiba una calidad institucional homogénea, lograda y controlada aun en sus progresos parciales.

Esta actividad que tiene sus esferas más conocidas en los aspectos de enfermería, dietas, farmacia, conservación y mantenimiento, etc., también rinde magníficos resultados en actividades de mayor contenido clínico, a condición de que sea realizada por profesionales de reconocida capacidad y con facilidad para establecer relaciones, evitando los aspectos negativos o punitivos hasta donde sea posible. Dada la responsabilidad que tiene la persona que desempeña tal función es natural que se le considere como un representante de la autoridad superior y por ello se le concedan más atribuciones, cayéndose incluso, en el error de que el supervisor ejecute, pero la posibilidad de estos errores no basta para disminuir los beneficios del procedimiento, necesitándose así capacitar y entrenar en los secretos de la supervisión a personal idóneo en su función básica y que se oriente su labor bajo pautas pre-establecidas por medio de formularios, para recoger la información con objetividad evitando impresiones subjetivas.

Cualidad importante de la supervisión permanente, es que se basa en la revisión de los procedimientos y las acciones relacionándolas con las metas y las unidades de medida y por tanto, adquiere un carácter efectivo y claramente útil a diferencia de otros "controles" que por referirse a aspectos individuales o teóricos, aparecen como expresión de un formulismo y de un afán limitativo.

El trabajo individual es factor determinante y de la mayor importancia en lo que a calidad se refiere y es por ello que la adopción de procedimientos para su evaluación ha venido interesando a todas las instituciones de Seguridad Social.

La Auditoría Médica, entre otros procedimientos, ha merecido la mayor atención siendo ya varios los países que la emplean y también variadas las modalidades aplicadas.

En términos generales la Auditoría Médica tiene como objetivos:

Conocer la calidad del trabajo médico, es decir si el tratamiento que se brinda a los pacientes está de acuerdo a lo que razonablemente es de esperar.

Obtener orientaciones para su mejoramiento y formular las sugerencias correspondientes.

Coordinar el trabajo médico entre sí, con el resto del personal técnico y auxiliar y con las autoridades del hospital.

Fundamentar el otorgamiento de recompensas a los médicos y estimular y fomentar la superación profesional.

Orientar positivamente los planes de enseñanza.

Conocer la justificación de las operaciones realizadas y del uso de los medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Demostrar la utilización adecuada de los recursos económicos y terapéuticos puestos a disposición del médico. La Auditoría Médica se realiza por dos tipos de comisiones según sea interna o externa; la interna o sea la practicada por el personal de la propia unidad es la más difundida y la que ha logrado superar los naturales rechazos a este tipo de control.

El material que se estudia y analiza está constituido exclusivamente por las historias clínicas y comprende la revisión de los formularios, del trabajo clínico y del uso de los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento. La Auditoría Médica así orientada permite revisar:

Si el estudio de los pacientes fue adecuado y si fueron correctos los diagnósticos de presunción y definitivo, por medio de la historia y las notas clínicas.

Si el tratamiento médico, quirúrgico y otros procedimientos terapéuticos, a juzgar, por la evolución fueron apropiados; asimismo si hubo exceso o defecto en la medicación o fallas en la indicación u oportunidad.

Si las interconsultas fueron adecuadas y oportunas, tanto en su solicitud como en los estudios de los especialistas y sus indicaciones.

Si los exámenes auxiliares y de laboratorio fueron los pertinentes y oportunamente solicitados y conocidos. Sin falta o exceso y si sus resultados fueron compatibles con el caso y su evolución.

Si el tiempo transcurrido en el estudio y el tratamiento fue el estrictamente necesario; así como su reflejo en el número de consultas, días de estancia y de incapacidad.

Si en general la presentación de la historia clínica fue adecuada en su redacción, pulcritud y precisión de los términos empleados, en concordancia con la nomenclatura aceptada.

Aun coincidiendo personalmente en la trascendencia de la revisión del trabajo médico y de los frutos que ha producido la auditoría, no puedo dejar de señalar que no en todas las instituciones ha sido posible

su implantación, que los frutos recogidos han sido dispares y que en muchos casos se ha tenido que someter el procedimiento a revisiones y adaptaciones e incluso se ha tenido que llegar a suspender su aplicación.

Es por ello que considero adecuado el momento para esbozar algunas dudas sobre los procedimientos utilizados; en lo referente al nombre creo que a pesar de su uso prolongado aún despierta recelo. También es posible que el hecho de obtener como resultado un puntaje atente sobre los propósitos de estímulo al profesional, pues marca una conclusión al esfuerzo y aún cuando se evita toda punición, el acto de la calificación la conlleva. También considero que se han reunido muchos campos para la revisión a efectuar por una sola comisión, como son la historia misma, la terapéutica, los métodos auxiliares, etc., y finalmente que el perfeccionamiento del procedimiento lo ha hecho cada vez más complejo convirtiéndolo ya en su fin y no en su medio para el mejoramiento de la calidad, resulta que el médico pasa a ser el sujeto y su situación personal el objetivo, olvidando al paciente mismo.

Me atrevería a creer más adecuado reservar el nombre de Auditoría Médica a una actitud general de control, más no a un procedimiento específico, estando ella representada por una serie de procedimientos como los recursos, la supervisión permanente, la evaluación y sobre todo el trabajo conjunto de numerosos comités que revisarán permanentemente aspectos diferentes de la labor clínica, evitando los conceptos finales y las calificaciones individuales.

Así, los aspectos de terapéutica los revisaría el comité de farmacia, terapéutica o como quiera llamársele, vinculándolos incluso al cuadro básico; los aspectos del expediente los revisaría el comité de historias clínicas; el comité anátomo-clínico haría la revisión de todos los casos de fallecimiento y de las autopsias, etc.

Todos estos aspectos bien coordinados, cuidando que se mantenga su objetivo netamente clínico, evitando que se caiga en el campo gremial o laboral, y considerados como parte integrante de la labor del profesional dentro de sus horas contratadas, pueden dar una labor de conjunto que debidamente orientada y cuantificada brindará una verdadera imagen de la calidad de los profesionales, del nivel clínico individual y del grupo, y de los progresos logrados para beneficio de los pacientes.

Finalmente, cabe destacar como factor determinante para el control de calidad de las prestaciones médicas la existencia de programas de capacitación técnico profesional que tienen por objeto lograr, mediante la capacitación permanente de todos los servidores en sus diferentes

niveles y campos de actividad, su mejor compenetración con los fines de la Seguridad Social y su más adecuado grado de eficiencia.

Como resultado de las pruebas de selección, de la auditoría y de la supervisión permanente se obtienen magníficas informaciones para orientar los programas, con criterio de prioridad, hacia los aspectos más necesarios, pero el objetivo debe ser no sólo la superación de las deficiencias, sino también el mantenimiento del interés del personal hacia expectativas superiores.

Es conocido como el personal aun de gran capacitación no logra su mejor rendimiento sino está identificado con los principios y fines de las actividades institucionales y endoctrinado en las disciplinas de la administración de la Seguridad Social pues todo servidor es indirectamente un administrador.

En la actualidad ya está ampliamente aceptada la relación directa entre calidad y costos y puede observarse claramente cómo la elevación de la calidad se refleja de inmediato en una baja de los costos.

Los programas de capacitación deben de alcanzar a la mayoría y no sólo a los selectos, ni a los campos más especializados, sino al mayor número de servidores y no en forma esporádica ni voluntaria, sino permanente y obligatoria. Debe por ello ponerse especial cuidado en la planeación de las actividades para conservar siempre la relación con las necesidades institucionales y del país y evitar que en forma espontánea y en número variado puedan formarse especialistas en materias no útiles o diferentes al interés prioritario; no olvidando que estos programas constituyen un esfuerzo institucional y por tanto están sujetos a su iniciativa y necesidades.

La capacitación permanente puede ejercerse en tres niveles: en servicio, en pre-grado y en post-grado, comprendiendo estos niveles a todos los profesionales o actividades.

La educación en servicio que ya se ha difundido en el campo de la enfermería debe ser aplicada a todas las otras actividades y puede realizarse con relativa facilidad evitando la espontánea transmisión de experiencias y conocimientos de unos a otros, sin plan determinado y en muchos casos conforme la opinión personal de quien transmite a sus cercanos colaboradores.

La enseñanza de pre-grado que está más difundida en el campo médico también puede reforzarse incorporando dentro de los ciclos de internado materias sobre principios y objetivos de la Seguridad Social y abriendo sus instalaciones como campo propicio para el entrenamiento

de futuros técnicos y profesionales de diversas especialidades; ya es común observar como estudiantes de enfermería o de servicio social de diferentes escuelas o facultades visitan los centros de Seguridad Social como complemento de su formación y en hoy día ya nadie discute los beneficios obtenidos con la afiliación de los hospitales de la Seguridad Social a la docencia universitaria en el campo de la formación médica.

No podemos olvidar que en todos los seminarios y reuniones técnicas se ha venido destacando cómo el médico por haber sido formado sobre bases tradicionales del ejercicio liberal y por maestros de esa tendencia, encontraba gran dificultad para su adaptación y mejor rendimiento en la medicina institucional. Por ello la afiliación a la docencia a parte de mejorar el nivel de los profesionales a su servicio, contribuirá a la formación de las futuras generaciones con conocimiento y aceptación de los modernos lineamientos de la medicina social.

Como parte complementaria de los programas específicos de capacitación permanente es necesario reglamentar los conversatorios, la presentación de casos clínicos, la concesión de becas y licencias para perfeccionamiento, las inscripciones a congresos y el funcionamiento y adecuada dotación de bibliotecas.

Hemos enumerado los factores condicionantes y determinantes que consideramos de mayor influencia para lograr un adecuado control de calidad de las prestaciones médicas y estamos conscientes que para ser efectivos tendrán que concurrir en un medio de elevado espíritu de deber y alto concepto de las virtudes morales, ya que los valores humanos y éticos seguirán siendo siempre el mejor indicador de la calidad de todo grupo.

La breve revisión de los factores más importantes para el control de calidad y las prestaciones médicas que contiene este relato habrá de constituir una base de discusión para que la ilustración de los señores congresistas y su experiencia enriquezcan tan amplio tema y para que se destaque la trascendencia de este tipo de análisis en la superación de los servicios médicos de la Seguridad Social.

También servirá este relato para precisar, luego de los aportes que se hagan, los elementos y condiciones que deberán determinarse permanentemente en la evaluación de los servicios médicos, así como para identificar las actividades a estimular en lo sucesivo.

Asimismo podría ser inicio de una actividad de la Comisión Regional Americana Médico Social para lograr la identificación de indicadores o futuros standards americanos de actividades hospitalarias de la Seguridad Social.