

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XX

EPOCA III

Núms. 71-72

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE

1971

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE 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.

INDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| CONVOCATORIA | 7 |
| XVII REUNION DEL CPISS | 11 |
| Primera Sesión | 13 |
| Segunda Sesión | 39 |
| Tercera Sesión | 67 |
| IX CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL | 99 |
| Sesión Solemne de Inauguración | 101 |
| INFORME Y PONENCIAS | 121 |
| Informe del Secretario General | 123 |
| Evolución y tendencias de la Seguridad Social en las Américas | 251 |
| Programa Coordinado de extensión de la Seguridad Social al Sector Campesino | 273 |
| Relación entre la Capacitación de los Cuadros y la Eficiencia y el Rendimiento en la Organización y Gestión Administrativa en las Instituciones Latinoamericanas de Seguridad Social | 313 |
| Sistemas de Información y Evaluación de la Productividad en el Cuidado y Promoción de la Salud en el ámbito de la Seguridad Social | 359 |
| RESOLUCIONES | 411 |
| Resolución No. 73 | 413 |
| Resolución No. 74 | 414 |
| Resolución No. 75 | 415 |
| Resolución No. 76 | 418 |
| CEREMONIA DE CLAUSURA | 423 |
| RELACION DE PARTICIPANTES | 433 |

INFORME Y PONENCIAS

**SISTEMAS DE INFORMACION Y EVALUACION DE LA
PRODUCTIVIDAD EN EL CUIDADO Y PROMOCION DE
LA SALUD EN EL AMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**PONENTE: SECRETARIA GENERAL DEL COMITE PERMANENTE
INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL,**

DR. GASTÓN NOVELO,

DR. RAFAEL SÁNCHEZ ZAMORA.

INTRODUCCION

En la XVI Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, realizada en noviembre de 1969 en Santo Domingo, República Dominicana, se estimó necesario considerar en la agenda de la IX Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social la presentación de un estudio preliminar, con la finalidad de analizar algunos de los nuevos aspectos que han surgido en la evolución, tendencia y proyección del Seguro de Enfermedad-Maternidad en la región americana, tomando en cuenta que la mayoría de los países otorga estas prestaciones por el sistema directo de organización.

El concepto de medicina integral comprende en forma inseparable —por las condiciones de salud, económicas, sociales y culturales de la población—, actividades preventivas, curativas, rehabilitadoras y compensadoras, que son completadas con prestaciones sociales de carácter educativo para propiciar la difusión de conocimientos sanitarios y cambiar la actitud de temor a un riesgo, por la que involucra el concepto de salud, tal como se expresa en recientes modificaciones legislativas de los seguros sociales de algunos países, que al referirse al seguro de enfermedad lo substituyen por la acción positiva de cuidado y promoción de la salud.

Para promover y conservar la salud, la preocupación no debe ser exclusivamente organizar un equipo destinado a satisfacer cierto número de necesidades cuantitativas y cualitativas de un número determinado de población asegurada. Esto siendo necesario, no es suficiente; los programas deben orientarse a la solución de problemas médico-sociales, que por su estrecha relación con las otras contingencias que consideran en su esquema de prestaciones los seguros sociales, disminuyen el potencial económico de un país. Surge, por lo tanto, la preocupación y exigencia administrativa de un control organizado y permanente de la eficiencia y rentabilidad médico-social de los recursos disponibles.

Para cumplir con estos propósitos, se requieren sistemas adecuados de información que proporcionen estimaciones precisas de la efectividad de los programas, que clasifiquen en apreciación racional y

justa los recursos humanos, materiales y económicos, para encontrar los indicadores necesarios en una administración eficiente y aplicarlos en la evaluación práctica y siempre dinámica de la calidad de la prestación médica otorgada.

En la organización y funcionamiento de los servicios médicos se recurre, cada vez con más frecuencia, a los sistemas de información que utilizan las instituciones de seguridad social en la indispensable aplicación de normas administrativas institucionales de carácter nacional.

Por ese procedimiento se obtienen parámetros y establecen técnicas que permiten evaluar la calidad de los servicios médicos, tales como: utilización de cuadros básicos de medicamentos, equipo y personal; costos por consulta, prescripción farmacéutica, subsidio de enfermedad; índices de utilización de unidades médicas, consulta externa, hospitales, servicios auxiliares de diagnóstico y terapéutica; y, muchos otros que permiten la planificación del desarrollo de recursos humanos y establecer los programas necesarios para el adiestramiento continuado del personal en servicio, factor básico para aplicar las prestaciones médicas al núcleo familiar en algunos países y en otros que ya lo comprenden, extender la seguridad social a otros sectores de la población.

Con el concepto evaluación de la productividad en el cuidado y promoción de la salud se pretende provocar en este informe, la necesidad administrativa de comparar la inversión económica que se destina a la prestación médica, con la cantidad y calidad de servicios realizados con la finalidad de apreciar sus repercusiones en el costo de otras prestaciones, para establecer la planeación, organización y supervisión, adecuadas de los servicios médicos. Como apoyo doctrinario debe recurrirse al principio de solidaridad, que al referirse al cuidado de la salud es aplicado en toda su amplitud, por no existir distinciones entre el aporte económico variable de la población protegida y la aplicación uniforme de los recursos de los servicios médicos cuando son requeridos.

Debe considerarse que en las prestaciones médicas, el propiciar productividad en el sentido social —mediante promoción y protección de la salud—, es cada vez más importante, tomando en cuenta su significación en los programas nacionales y en los mecanismos de coordinación establecidos con los Ministerios de Salud Pública y las Universidades, motivando la creación de Comités y Comisiones Mixtas que se ocupan de Medicina Preventiva, Estadística, Educación Médica, Pla-

neación y Diseño de Unidades Médicas, Control de Calidad y Adquisición de Medicamentos, Mantenimiento y Conservación de Instalaciones y Equipos, y de otros aspectos. Lo anterior, con el denominador común de adecuados sistemas de información y procesamiento de datos para su evaluación y análisis, produce orientaciones para la comparabilidad de las inversiones económicas con la producción de servicios en volumen y calidad.

Los seguros sociales, en la programación dinámica de su eficiencia administrativa para la mejor utilización de sus recursos, han producido técnicas y procedimientos que resultan muy interesantes para la organización y funcionamiento de los servicios médicos. La estimación anterior produce en la Secretaría General, la sensación de que este informe es una continuación —con enfoques nuevos e intencionados—, del tema que ha sido motivo de especial atención en otras reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de la Comisión Regional Americana Médico Social: “Volumen y Costo de las Prestaciones de Enfermedad-Maternidad y Riesgos Profesionales, en especie y en dinero”.

1.—FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS Y ANTECEDENTES.

En las setenta y dos Resoluciones que han emanado de las reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social efectuadas hasta la fecha, se aprecia la gran importancia concedida a los aspectos médico-sociales, económicos y administrativos. (1 2)

La Resolución número 8, que se refiere en su enunciado al Seguro de Enfermedad, es un apoyo básico del informe que se presenta. Reconoce que debe otorgarse una asistencia médica eficaz a los asegurados y sus familias, con los recursos de la ciencia moderna para el cuidado y fomento de la salud, y para distinguir y tratar las enfermedades desde sus primeros síntomas; aprecia la importancia del otorgamiento directo de las prestaciones con organización de servicios y dependencias médicas que reúnan condiciones de amplitud, calidad y distribución, para la participación activa en la lucha contra las enfermedades que por su etiología o frecuencia asumen el carácter de sociales, epidémicas y endémicas.

Recomienda que para mantener la eficacia y evitar que disminuya el nivel apropiado y suficiente de las prestaciones, es necesario racionalizar su aplicación, adoptando métodos que garanticen el diagnóstico y selección de los medios terapéuticos más eficaces, para propiciar la medicación adecuada y evitar las prescripciones y utilización de servicios innecesarios, excesivos y superfluos. Señala la necesidad de establecer programas para mejorar la aptitud y conocimientos de los trabajadores de la salud.

Para cumplir estos objetivos se estima necesario, con la coordinación y cooperación de otros organismos internacionales, establecer Comités de Racionalización y de Economía Médica que se encarguen de elaborar y aplicar métodos uniformes de registro y estadística, con normas y criterios adecuados, simplificando su mecanismo para que proporcionen ventajas efectivas y sean recibidos por las instituciones

(1) CPISS. Resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Secretaría General. México, 1963.

(2) Revista "Seguridad Social" Núm. 51, mayo-junio de 1963.

—y su personal en servicio— como factores de economía, disciplina y administración eficiente.

La promoción de estudios de racionalización técnica y económica en las prestaciones, basada en una clasificación de los problemas médico-sanitarios, regionales o nacionales, explica la tendencia, en las Instituciones de Seguridad Social, de considerar como indispensable, la organización de servicios de planeación, supervisión y evaluación de la calidad y costo de la atención médica que, sustentados por la estructura integral administrativa, reciban la información oportuna para obtener, por los medios técnicos de procesamiento de datos, las orientaciones adecuadas dentro de las normas de organización y métodos, con la finalidad de encontrar la óptima utilización de los recursos disponibles para el cuidado y promoción de la salud de la población asegurada.

La administración debe proceder a la unificación de las informaciones bioestadísticas comparables nacional e internacionalmente, que faciliten el estudio, revisión y ampliación de los programas, de conformidad con las experiencias actuales y las necesidades de proyección futura.

De las reuniones de las Comisiones Técnicas Médicas y de Estadística, han resultado conclusiones valiosas sobre la recolección de datos generales, de importancia social entre la población protegida, y la estandarización de estadísticas de morbilidad y volumen, costo y calidad de la prestación médica. Como resultado de estas inquietudes, entre las aportaciones técnicas de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social debe recordarse, como valioso antecedente, el documento titulado: "Estudio Preliminar de un Plan Común de Trabajo para el Servicio Estadístico del Seguro Social en el Continente Americano".

Las Comisiones Regionales Americanas de Seguridad Social, organismos técnicos de acción conjunta con la Asociación Internacional de la Seguridad Social, en sus programas promueven intercambio de experiencias de aspectos médico-sociales, estadísticos, actuariales, jurídicos y administrativos; que han contribuido a la aportación de estudios que sirven de referencia para el propósito de este informe. ⁽³⁾

(3) Masjuán T. Víctor Act. "Volumen y Costo de las Prestaciones de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales en Especie y en Dinero". Revista "Seguridad Social" Núm. 54, noviembre-diciembre de 1968.

En sus reuniones, subrayan las relaciones establecidas por la administración integrada institucional con los procedimientos de captación de información, la organización de la estadística y de los servicios médicos, que al buscar armonía entre el costo, volumen y calidad, de la aplicación de las prestaciones para el cuidado y promoción de la salud, han propiciado el establecimiento de normas y procedimientos para la evaluación de las relaciones entre las inversiones económicas y su productividad en el aspecto médico-social.⁽⁴⁾

Los Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social, han proporcionado apreciable documentación, que permite revisar la evolución de las prestaciones médicas, su vinculación con los procedimientos técnico-administrativos y su proyección en la formación de recursos humanos. ^(5 6 7)

El Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, produjo en sus informes finales y conclusiones de la Sección Médico Social, consideraciones y recomendaciones que muestran marcada preocupación por el panorama actual del conjunto de medidas que para el cuidado y promoción de la salud de las poblaciones aseguradas, desarrollan las instituciones y administraciones de seguridad social en los países latinoamericanos. ⁽⁸⁾

Estima necesario que en los elementos del problema salud en su aspecto social, es recomendable realizar estudios e investigaciones por conducto de la Comisión Regional Americana Médico-Social y grupos especiales, por considerarlo uno de los aspectos más complejos de la administración de prestaciones y servicios.

Señala que la planeación debe conducir a la mejor utilización de los recursos, siendo necesario emplear mecanismos adecuados para obtener mayor rendimiento de los servicios médicos en los aspectos

(4) Acción de las Comisiones Regionales Americanas de Seguridad Social 1958-1970. Secretarías Generales de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social México, D. F. 1970.

(5) Revista "Seguridad Social" Núm. 56, marzo-abril de 1969. México, D. F.

(6) Revista "Seguridad Social" Núm. 57, mayo-junio de 1969. México, D. F.

(7) Revista "Seguridad Social" Núm. 66, noviembre-diciembre de 1970. México, D. F.

(8) Documento IX/QE/71-8 Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Sección Médico Social. Informes finales y conclusiones.

cuantitativos y cualitativos, con base en uniformar criterios en la captación y análisis de informaciones estadísticas, que aseguren la posibilidad de comparaciones y evaluaciones correctas. Para lo anterior, debe procurarse la más amplia difusión de los principios filosóficos, sociales, económicos y políticos de la seguridad social, que hagan factible el mejoramiento de las actuales tasas de productividad de los trabajadores de la salud a todos los niveles.

Reconoce que la medicina institucional es una consecuencia del progreso médico-científico con organización adecuada para satisfacer las exigencias de la medicina social. La planeación de la educación médica, debe substituir el concepto de educación como consumo por el de educación como inversión, como administración de un capital en el que interese asegurar una máxima y reciente rentabilidad social.

La importancia de los órganos de planeación y evaluación de servicios médicos está señalada en su responsabilidad de observar la estructura en la que se realiza el acto médico, su proceso, el producto y efectividad del trabajo, siendo muy necesario, el análisis del comportamiento y equilibrio entre los proveedores de los servicios médicos y los consumidores de los mismos.

Se insistió en la formación de Comités mixtos de trabajo en las distintas áreas médico-sociales, como valioso medio para evitar duplicaciones innecesarias, con la finalidad de planear correctamente las actividades y proyectar la protección de la salud a mayores núcleos de población.

En estas referencias que son valiosa sustentación para el informe que se presenta, se enfatiza el enunciado de que la protección de la salud, no puede aislarse de los cambios sociales, sino que debe asociarse y participar en forma constructiva en el desarrollo de los países. Los médicos deben incorporarse a especialistas de otras disciplinas y a los sectores activos de la sociedad, para romper el círculo vicioso de pobreza, mala salud, bajo nivel de producción y bajo nivel de consumo. La seguridad social como elemento integrante de los programas nacionales del desarrollo económico-social, debe contribuir con acciones educativas, sociales y sanitarias, a la planeación de su extensión a la población campesina, adoptando principios, técnicas y procedimientos apropiados para el medio rural.

En la Octava Conferencia de los Estados de América miembros de la Organización Internacional de Trabajo, celebrada en la ciudad de Ottawa en diciembre de 1966, la Resolución sobre el papel de la segu-

ridad social en el progreso social y económico, concede especial importancia a la revisión y aporte de procedimientos y métodos para una administración eficiente y sugiere aplicar el Plan Mínimo de Estadísticas de Seguridad Social elaborado por la OIT, para facilitar la evaluación del costo de la seguridad social. (9)

La preocupación por el incremento de los costos médicos, que presenta en cada país particularidades específicas, ha motivado estudios muy interesantes, entre los que destaca el de la Organización de los Estados Americanos, en los que se menciona que como los recursos para el cuidado de la salud de un país son generalmente fijados con base en las posibilidades de la economía nacional, el técnico debe esforzarse por elaborar un esquema de prestaciones en función de los recursos disponibles, que son los que determinan el nivel de calidad y la amplitud de la cobertura. (10)

Los Grupos de Estudio convocados por la Organización Panamericana de la Salud y por la Organización de los Estados Americanos en la ciudad de Washington en 1965 y 1969, al discutir la coordinación de los servicios médicos en la región americana, han proporcionado importante ilustración en relación con los procedimientos de información estadística y la utilización de recursos en la productividad de salud. (11)

En 1969 en la ciudad de Washington, el Instituto Interamericano de Estadística reunió para tratar estos asuntos a la Subcomisión de Estadísticas del Trabajo y Seguridad Social de la Comisión de Mejoramiento de las Estadísticas Nacionales. Examinaron la situación en la región americana y las actividades realizadas a nivel mundial y regional durante el período 1955-1969. Se propuso la constitución de comités coordinadores para las estadísticas de la seguridad social y la formación mediante cursos especiales del personal adecuado, utilizando centros nacionales e internacionales de enseñanza. Como referencia complementaria, se utilizaron documentos importantes: comparación

-
- (9) Octava Conferencia de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Revista "Seguridad Social" Núm. 55, enero-febrero de 1969.
 - (10) "El Costo de la Atención Médica en los Sistemas de Seguridad Social en América Latina; Factores y Características". Departamento de Asuntos Sociales, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Washington, D. C. Mayo de 1970.
 - (11) Coordinación de la Atención Médica. Informe Final y Documentos de Trabajo de un Grupo de Estudio. Publicación Científica No. 201. Organización Panamericana de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D. C. 1970.

de los datos contemplados en el Plan Mínimo de Estadística de la OIT incluidos y excluidos en el Proyecto de Normas; resumen de las sugerencias recibidas de las Instituciones de Seguridad Social de siete países americanos, con respecto al Proyecto de Normas; y, resumen de las respuestas de las Instituciones de Seguridad Social de doce países americanos a la encuesta realizada por la Secretaría General del Comité Ejecutivo del Instituto Internacional de Estadística (IASI). (12)

En abril de 1971, la Organización de los Estados Americanos, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, auspiciaron en la ciudad de México un Seminario sobre la formación de personal de salud en las instituciones de seguridad social, que presentó dos temas: "Análisis de los Programas de Educación en las Instituciones encargadas de la Formación de Personal de Salud en relación con las Instituciones de Seguridad Social" y "Necesidades Cuantitativas y Cualitativas de Personal de Salud por parte de las Instituciones de Seguridad Social, relaciones con las Instituciones de Educación de Salud". En este evento se significó la política de salud como un elemento indispensable para la planeación de la formación de recursos humanos y que la seguridad social puede aportar datos muy valiosos para el inventario de recursos de salud de gran utilidad para el diagnóstico de la situación actual. En lo que se refiere a las instituciones docentes, quedó establecida la recomendación de un cambio de estructura con orientación curricular hacia la medicina comunitaria, para responder a las aspiraciones de las nuevas generaciones. Se recomendó como actividades inmediatas la investigación de modelos de enseñanza y de atención médica, estudios estadísticos de morbilidad general y materno infantil, evaluación de la participación de estudiantes en programas de servicio, y planeación y diseño de unidades médicas. Se consideró de gran importancia en la planificación de recursos humanos para la salud, comprender a otras disciplinas universitarias como agronomía, veterinaria, arquitectura, sociología y economía, para que el aspecto puramente biológico se amplifique a biopsicosocial y económico.

La Oficina Sanitaria Panamericana en su Zona III, en la ciudad de Guatemala, efectuó una reunión en abril de 1971, que trató sobre la Coordinación de los Servicios de Atención Médica, en la cual partici-

(12) Informe de la II Sección de la Subcomisión de Estadísticas del Trabajo y Seguridad Social del Instituto Interamericano de Estadística, OEA. Washington, D. C. Oct. 21-28, 1969.

paron los Ministerios de Salud, Instituciones de Seguridad Social y Facultades de Medicina de Centroamérica y Panamá. ⁽¹³⁾

En el informe final se mencionó la inconsistencia de la información estadística intrainstitucional, por falta de un sistema debidamente estructurado a distintos niveles que permitan la planeación de las acciones. La coordinación de la información estadística debe satisfacer las siguientes necesidades generales: determinar el nivel de salud de la comunidad; suministrar bases para la formulación de planes de salud; orientar y evaluar los programas, y medir rendimientos de los recursos. Señaló la importancia de que la coordinación entre Ministerios de Salud y Seguros Sociales, es imprescindible por ser de utilidad no sólo para el sector salud, sino también para la programación del desarrollo económico y social.

Los antecedentes seleccionados resultan una presentación resumida de eventos importantes que concurren a la finalidad común del informe que se presenta a la consideración de la IX Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que pretende provocar inquietudes para relacionar en forma integrada de política institucional, la captación de información estadística y el procesamiento de datos, con la organización de procedimientos técnicos y administrativos, para evaluar la productividad de la adecuada aplicación de los servicios médicos en el cuidado y promoción de la salud de la población asegurada.

2.—IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION DE LA PRESTACION MEDICA INTEGRAL.

La información, en el proceso administrativo, es una acción que permite adquirir conocimientos mediante la observación de los elementos funcionales de un sistema determinado, para actuar sobre su organización.

2.1. Información de los riesgos.

Una institución de seguridad social sólo podrá actuar eficientemente sobre los riesgos, cuando recibe en relación con ellos, informa-

(13) Reunión sobre Coordinación de los Servicios de Atención Médica. Ministerios de Salud, Instituciones de Seguridad Social, Facultades de Medicina de Centro América y Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Zona III, Guatemala, 21-34 abril 1971.

ciones claramente expresadas y metódicamente analizadas. Estas informaciones provienen de la observación del mecanismo de los fenómenos médico-sociales y se interesan en traducir el peso de los riesgos sobre la solidaridad colectiva.

El procesamiento de tal información sirve de base para regular las acciones y con su auxilio se tienen conocimientos, cada vez más precisos, sobre los fenómenos médico-sociales.

En lo que se refiere a los riesgos que inciden en la salud, esas posibilidades no se realizarían a menos que se activen proyectos de investigación adecuados que abarquen sectores de funciones médicas en su totalidad.

Debe investigarse, para explorar la viabilidad de diversas aplicaciones de la automatización, en procedimientos que se desarrollan en muchos departamentos de los hospitales y en otros servicios de la atención médica. Esas aplicaciones comprenden el uso de las computadoras electrónicas en la recopilación, el almacenamiento y la recuperación de datos médicos relacionados con la atención del paciente, la administración y la enseñanza. Si bien, gran parte de las labores que se desarrollan en este dominio en la actualidad se limitan a aplicaciones específicas, el conocimiento obtenido contribuirá, en su día, a establecer los sistemas de información total intrahospitalaria e interhospitalaria, que deberán aumentar la eficiencia y mejorar la atención de los enfermos.

La información requerida por las instituciones de seguridad social, debe cumplir las condiciones siguientes:

- a) Proporcionar datos novedosos y actuales, tomando en cuenta que los no actualizados no tienen incidencia en la organización de los sistemas.
- b) Deben ser cuantificables, aunque al principio se trate de datos cualitativos.
- c) Tener la característica de utilitaria, para traducirla en términos específicos de la gestión de los riesgos.

Por lo tanto, serán fundamentales las nociones de frecuencia, de gravedad y de costo de los riesgos, que expresen sus tendencias de aumento o disminución. Estos parámetros sirven, como valiosos ele-

mentos de juicio, para apreciar tanto la incapacidad como sus partes componentes.

La estructura básica de la información es la traducción de los componentes médico-sociales de la incapacidad —que son la base del riesgo— en lenguaje administrativo, que mide sus incidencias prácticas. Así se relaciona la infraestructura médico-social del riesgo y su superestructura administrativa.

No es posible una planeación de la observación, sin conocer la expresión administrativa de los riesgos y sus bases médico-sociales, y sin tomar en cuenta los métodos de utilización de los datos; requiriéndose, por lo tanto, un trabajo multidisciplinario que garantice una estrecha colaboración del médico, del economista, del experto contable de los departamentos de administración y del estadígrafo.

Debe delimitarse con exactitud la naturaleza de la información esperada y organizar la observación, iniciando hasta entonces la recopilación de los datos. En esta etapa, se requiere de unidad de criterio de los investigadores responsables de examinar los datos disponibles o de observar los fenómenos médico-sociales. Todos deben aplicar la misma técnica en las tareas: al proceder a observaciones individuales, en la obtención de datos por medio de la encuesta o bien aprovechando "datos secundarios", ya sea extrayendo elementos de estadísticas sistemáticas o bien reuniendo informaciones en el acopio específico de documentos ya publicados.

Lo antes expuesto, exige una programación minuciosa de las observaciones y una preparación previa de los investigadores. Un administrador, un médico asesor, una trabajadora social, o un estudiante sólo pueden llegar a ser "investigadores", en estos aspectos médico-sociales, si han llevado cursos especiales bajo la dirección del equipo organizador de la encuesta. Las técnicas de entrevista con las personas examinadas, la de muestreo y la de presentación de los datos, deben ser previamente aprendidas.

Lo anterior fundamenta la recomendación para que la investigación en estos aspectos forme parte de las funciones del personal técnico de la seguridad social, al lado de sus actuales tareas de rutina, y aún que se motive una formación especializada en los casos requeridos.

Realizadas las observaciones, deben codificarse los resultados y proceder a programar su utilización estadística. Según la naturaleza de los problemas, se utilizarán los conjuntos electrónicos de diferentes

maneras: bien para un ordenamiento y elaboración para cálculos sencillos, ya sea para comparaciones y estudios dinámicos en contacto con datos anteriores, o ya sea para una verdadera investigación de operaciones que establezca las bases de una posible acción. En todo caso, este es el lugar esencial del estadígrafo responsable del procesamiento de la información. Pero aquí también destaca la necesidad de la colaboración multidisciplinaria ya señalada.

2.2 *Informática médico-social*

La informática médico-social representa el procesamiento de la información sobre los riesgos que afectan la salud.

El principio más importante de la informática, del que depende todo el valor de la información, es la necesidad de una intervención permanente de un equipo coherente, cuyo núcleo estructural esté formado por el médico, el contador, el economista y el estadígrafo.

La informática es una metodología, que requiere una lógica experimental, pasando por dos etapas decisivas: la observación y el tratamiento de los datos. Para obtener una información que conduzca a la acción, debe organizar las observaciones básicas según hipótesis previas y sólidamente estructuradas, tratar los datos así seleccionados con medios electrónicos adecuados, y confrontar finalmente los resultados, para obtener un significado exacto por la interpretación estadística.

La informática, por lo tanto, es una disciplina que comprende los siguientes elementos:

- a) Recursos humanos capacitados, integrados en equipo.
- b) Una unidad de documentación que disponga de lectores y analistas competentes, tanto en el plan de la gestión de los riesgos como en la de la medicina social.
- c) Investigadores bien entrenados capaces de asumir las diferentes tareas de la observación y de la captación de los datos básicos.
- d) Computadoras electrónicas suficientes para el procesamiento de datos.

Es recomendable que los administradores, médicos y trabajadores sociales, para mejorar y actualizar su formación y por el interés insti-

tucional, dediquen una parte bien definida de su tiempo a la informática médico-social. Asimismo, los trabajos de documentación y de observación pueden entrar en las atribuciones del personal técnico de la seguridad social.

2.3. Sistemas de información y administración de la atención médica.

Los importantes y numerosos recursos empleados por las instituciones de seguridad social para otorgar la prestación médica integral, hacen destacar un hecho fundamental: sin información cuantitativa y cualitativa suficiente, no es posible atender las necesidades de planificación y organización de los servicios para el cuidado y la promoción de la salud. Sin sistemas de información no hay administración racional de la atención médica en los niveles requeridos. El cumplimiento de los principios anteriores es una exigencia, tomando en cuenta los progresos de la medicina y el creciente costo de los servicios.

No obstante, en la práctica no se cuidan debidamente estos sistemas y todavía existen problemas motivados entre otras causas por el personal —médico, técnico y administrativo—, que no está acostumbrado a registrar ni a proporcionar datos sobre sus actividades. Es conveniente señalar que producen resultados negativos otros factores, entre ellos las cédulas y formas para captación de datos que pueden ser muy detalladas, insuficientes y con frecuencia obsoletas.

Por otra parte, deben citarse los problemas persistentes por hechos tan elementales como la asignación de valores numéricos, o sea la expresión cuantitativa de innumerables actividades de salud.

Hay que investigar datos relativos al volumen de la demanda y al rendimiento de los servicios existentes, para evaluar las necesidades y la oferta que es preciso brindar o para readecuar los niveles de la que se está ofreciendo.

Las características de la población a cubrir, los recursos humanos y materiales disponibles para la atención de la salud, los programas de educación continuada y de capacitación médica existentes, la morbilidad de la población y la demanda que ella genera, entre otros, son investigaciones básicas de los sistemas de información que deben alimentar los programas de salud. No se concibe la administración eficiente de las prestaciones médicas en las instituciones de seguridad social si no se conoce: la morbilidad de la población asegurada, la demanda que se genera de atención médica, el gasto

que significa el cuidado y promoción de la salud, y el nivel económico social de la población cubierta.

Los resultados de estas investigaciones deben ser estructurados en forma tal que constituyan un sistema de información que llene los requerimientos de eficiencia indispensables.

Las investigaciones a que se hace referencia no son hechos aislados llevados a cabo por dependencias incomunicadas entre sí; por el contrario, son actividades que deben ser efectuadas en forma sistemática para conocer la dimensión que debe tener la cobertura, esto es, para planificar el seguro de salud convenientemente, y para poder administrarlo según las normas que se establezcan.

Los enunciados planteados enfatizan que para el debido funcionamiento de los servicios médicos requieren estar permanentemente normados por un método estadístico, cuya información tendrá que ser autoanalizada y aprovechada en diferentes niveles jerárquicos, tanto los datos de carácter cuantitativo como los de índole cualitativa.

Desde el aspecto que se trata, debe mencionarse que han de darse los pasos necesarios para que la información cuantitativa procedente de los servicios médicos, se realice conforme a las siguientes bases:

- a) Captación diaria y reciente de datos, efectuada lo más próximo a su origen. En su caso, las Unidades de consulta externa y hospitales.
- b) Concentración y cálculo mensual de los datos principales.
- c) Supervisión y autoanálisis del informe mensual por la Dirección de la Unidad.
- d) Remisión de los informes mensuales a las respectivas Jefaturas de Servicios Médicos Regionales, para la evaluación por unidades y regiones.
- e) Concentración a la Dirección Nacional de Servicios Médicos, para la evaluación institucional.

La información obtenida debe ser aprovechada por la administración general y por sus departamentos especializados, entre los que se pueden considerar el de Estadística y el Actuarial.

La organización de los sistemas de información es un requeri-

miento que debe plantearse en las primeras etapas de toda planificación de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social.

Dentro del flujo de actividades de toda programación, debe asignarse prioridad a los subsistemas estadísticos a fin de que se pueda obtener resultados aprovechables para que en las actividades del cuidado y promoción de la salud, se cumpla con la meta, de proporcionar la mayor cantidad de servicios en forma eficiente.

En conexión con lo referido anteriormente, sobre la permanente necesidad de tener cifras que permitan evaluar actividades, hay que destacar el papel de la investigación en la búsqueda de nuevos métodos. Es increíble la demanda de niveles de información a que son sometidos los órganos productores de series estadísticas. Cada día se necesitan elementos más finos sobre mayor cantidad de actividades y si el sistema no es capaz de brindarlos, con cierta frecuencia se escuchan quejas sobre las limitaciones de las estadísticas y el freno que imponen a los otros sectores. Para los administradores y los estadígrafos es imperativo establecer nuevas líneas de investigación, que ofrezcan datos eficientes sobre problemas cada día más complejos que influyen en la calidad de la atención médica y en la utilización más conveniente de los recursos.

2.4 Información y prestación médica integral.

Las instituciones americanas de seguridad social vienen evidenciando su propósito de mejorar la administración de sus servicios médicos, lo que les permitirá el mejor aprovechamiento de sus recursos humanos, materiales y económicos, para hacer frente a la creciente demanda de atención médica, en cantidad y calidad, por parte de la población protegida.

Hasta años recientes, generalmente, venían desarrollando sus servicios de atención médica presionados por la necesidad ingente de satisfacer la demanda de servicios, a medida que iba manifestándose. Esto ha ocasionado, en muchos casos, un crecimiento desordenado —de instalaciones y servicios— en el que no siempre han tenido prioridad los problemas más urgentes.

Desde que se crearon organismos de planificación, que han establecido procedimientos para determinar prioridades y metas a corto y largo plazo, apareció la necesidad de instaurar una política basada en el conocimiento demográfico, estadístico y epidemiológico, económico y social, o sea en el diagnóstico de una situación de salud.

Sobre estas bases, se han formulado planes y aún se han originado modificaciones legales a fin de adaptar las estructuras para que faciliten los cambios necesarios para adaptar las prestaciones de salud a la demanda de servicios. Estos cambios han determinado la exigencia de organizar Sistemas de Información Estadística en las instituciones de seguridad social, para obtener información numérica: oportuna, pertinente, completa, comparable, confiable y actual.

En términos generales, las políticas institucionales establecen las bases legales y administrativas de los servicios de atención médica y con base en la imprescindible información estadística, conceden prioridades a los programas y determinan el grado de cobertura de la población, todo lo cual debe estar proyectado a períodos razonables de tiempo.

Además, dejan establecido que no es prudente extender la cobertura o extrapolar modelos a zonas no protegidas, sin llevar a efecto con anterioridad estudios o encuestas experimentales que permitan conocer los antecedentes demográficos, epidemiológicos, administrativos, sociales y estadísticos, indispensables para tomar una decisión bien fundada.

Por lo anterior, no es suficiente disponer de información estadística referente al número de servicios médicos otorgados, sino que se requieren datos sobre la población protegida, la demanda de servicios, recursos humanos, instalaciones físicas en general y capacidad hospitalaria de las unidades médicas, con el propósito de llenar la necesidad de información estadística por parte de los organismos de planificación y para la administración racional del Seguro de Enfermedad-Maternidad. El conocimiento de la morbilidad y mortalidad de la población protegida y el costo de los servicios, son indispensables para proporcionar la prestación médica integral.

Así, se advierte que los sistemas de información para la promoción y el cuidado de la salud, se desenvuelven en terrenos variados: bio-sociales, clínicos, científicos y administrativos.

2.4.1 *Información sobre población protegida.*

En primer término, es necesario conocer la población a la que deben otorgarse los servicios. Conviene disponer de datos sobre su estructura actual —o sea la composición por edad y sexo—, las características de su crecimiento en los últimos años y las tendencias mos-

TABULACION 1. POBLACION TOTAL PROTEGIDA: ASEGURADOS COTIZANTES Y SUS DEPENDIENTES Y PENSIONADOS Y SUS DEPENDIENTES, SEGUN RAMAS DE SEGURO*

(Datos correspondientes al año de)

| Rama de Seguro | Población protegida | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------|-------|
| | Total | Por clase de personas cubiertas | | | | | | | |
| | | Asegurados | Dependientes de asegurados cotizantes | | | Pensionados | Dependientes de pensionados | | |
| | | | Esposa o compañera | Hijos | Otros | | Esposa o compañera | Hijos | Otros |
| TOTAL** | | | | | | | | | |
| Enfermedad-maternidad . | | | | | | | | | |
| Riesgos profesionales ... | | | | | | | | | |
| Invalidez, vejez y muerte | | | | | | | | | |
| Asignación familiar | | | | | | | | | |
| Desempleo | | | | | | | | | |

* Las cifras se refieren al promedio de la población total protegida durante el año.

** Incluye el total de personas protegidas. Esta cifra debe incluir sólo una vez a las personas que están protegidas por más de una rama de seguro y, por lo tanto, el total horizontal no es igual al total vertical de las columnas correspondientes.

tradas, para establecer su dinámica de crecimiento; también tiene importancia conocer datos sobre composición biológica y social, así como sobre las características económicas, sanitarias, culturales y otras.

Debe disponerse de actualizada información sobre la calificación de la población protegida en relación con el estado de vigencia de derechos de cada una de las personas afiliadas y de los elementos para verificar su identificación.

La información que se obtiene de censos de población, de registros de estadísticas vitales y muy especialmente por "muestreo", produce datos necesarios para el pronóstico de la tendencia de crecimiento esperado y su estratificación posible. Lo que resulta muy útil para cuantificar las actividades a desarrollar.

Los datos requeridos son útiles para el análisis sobre prestaciones, recursos y costos de los servicios médicos; son esenciales para medir el alcance de los programas de asistencia médica; y, sirven para señalar la participación en los programas nacionales de salud.

Deben recogerse datos en relación con el total de la población protegida, con la clase de personas cubiertas —que comprende los asegurados cotizantes y los pensionados—, así como sus dependientes: esposa o compañera, hijos y otros. Además, se debe clasificar esta población por ramas de seguro, para contar con información sobre el número de personas cubiertas por cada una de ellas, considerando la posibilidad de que algunas personas no estén protegidas por todas las ramas establecidas. (Tabulación Núm. 1).

2.4.2 Información sobre demanda de servicios.

Debe conocerse la demanda exteriorizada por la población total protegida, tanto en consulta externa como en hospitalización y en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. También se debe cuantificar la participación, en la satisfacción de esa demanda, de los servicios de medicina general y especializada en la consulta externa o bien en el hospital, mediante los servicios básicos de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, y especialidades médico-quirúrgicas.

Pero además de la demanda exteriorizada y satisfecha, se requiere conocer la exteriorizada y no satisfecha y la que no fue exteriorizada; ya que el total aproximado de las tres, así como las posibles causas

de cada una de ellas, está significando el volumen de la demanda potencial que es igual a la demanda total que se presentará, al modificarse las razones de no satisfacción o no exteriorización.

Hasta ahora, la información en este capítulo se limita a proporcionar datos de la cantidad de consultas externas otorgadas y el número de pacientes que ingresan a los hospitales. Pero esa demanda satisfecha no representa las necesidades reales de la población asegurada, ya que unas veces está reducida por la falta de servicios, y otras porque los servicios con recursos limitados, obstaculizan el otorgamiento de las prestaciones médicas con procedimientos técnicos y medidas administrativas.

Por eso es muy importante en este capítulo, insistir en el estudio de la demanda potencial que existe, pero que no se atiende mediante los actuales servicios médicos.

Esa demanda sólo puede ponerse de manifiesto mediante investigaciones en la colectividad, en las que se trate de determinar, por medio de una encuesta domiciliaria entre los asegurados, el número de veces que cada uno de ellos ha estado enfermo durante un período determinado y el tipo de atención médica que ha recibido. Por este procedimiento se detectan, las causas por las que no se recibe cuando es necesario la atención médica. Con gran frecuencia, la falta de esos estudios es la razón de que los servicios fracasen en satisfacer la demanda.

A fin de predecir las demandas futuras de servicios de salud en una sociedad dinámica, es recomendable estar en condiciones de medir la influencia en los cambios demográficos. Las características de la enfermedad y los índices de utilización de los servicios varían de acuerdo con la edad, la situación económica, la ocupación, el grado de instrucción, la accesibilidad de las instalaciones, el conocimiento cada vez más difundido de las ventajas del diagnóstico precoz de las enfermedades y otros factores.

Es de recomendarse que se establezcan métodos de investigación, para medir los efectos de las variables demográficas sobre la utilización de los servicios médicos, lo que se refleja en mayor número de prestaciones a menor costo para el solicitante; aumento de la demanda a superior nivel socio-económico; requerimientos más frecuentes cuando los servicios están más accesibles, desde los puntos de vista físico, económico y cultural.

Es conocido, que en los países en vías de desarrollo la demanda de atención médica a nivel nacional aumenta constantemente debido al crecimiento natural de la población.

Por lo tanto, una regla general es incrementar la disponibilidad de personal, instalaciones y servicios de una tasa mínima igual a la tasa de crecimiento demográfico. Sobre esta base se podría estimar el costo futuro, para mantener a nivel satisfactorio las instalaciones, personal profesional y equipo necesario.

La demanda unitaria de servicios médicos constituye otro factor que incide directamente en las necesidades de personal de salud en un seguro de enfermedad, lo que significa no el volumen potencial de población susceptible de ser cubierto por los servicios, sino la intensidad con que un núcleo de habitantes solicita atención médica.

Queda evidenciado que la demanda depende de diferentes factores y puede ser visualizada como indicador de necesidades de atención médica. Puede ser cuantificada a través de las frecuencias de consulta externa al nivel de medicina general o de especialidades, hospitalización, inmunizaciones, prestaciones farmacéuticas, análisis clínicos, y debe ser analizada y proyectada considerando los aspectos demográficos descritos, así como los económicos y socioculturales.

Sin embargo, hay otros importantes factores que aumentan la demanda y conducen a necesidades mayores de recursos humanos, que las estimadas por el planificador.

La construcción de un hospital en una zona rural conduce a cambios en los patrones culturales tradicionales de atención médica en esa zona, con lo cual se incrementa la demanda. El servicio de un médico en una comunidad genera la demanda de otros médicos. Las campañas más eficaces de medicina preventiva, con los exámenes de detección, originan en ocasiones la necesidad de más camas y personal para atender enfermedades.

Una respuesta que se puede dar a la pregunta de cuál será la demanda, es la siguiente: tan grande como los servicios ofrecidos, teniendo muy en cuenta el principio importante de que la demanda de servicios médicos en un momento determinado no refleja por entero las necesidades de atención médica de la población; por lo cual, la seguridad social ha implantado, con sus prestaciones sociales, los programas de educación a la comunidad, orientados a los aspectos sanitarios y culturales, para crear conciencia individual y colectiva de

responsabilidad frente a los problemas de salud, propiciando como consecuencia solicitud más justa de servicios médicos.

Sobre esta base es recomendable iniciar los programas de atención médica en forma conservadora, para después, liberalizar los servicios aplicando un principio de extensión gradual a la población protegida.

2.4.3 *Información sobre utilización de servicios médicos.*

La tradicional forma de juzgar la utilización de los servicios médicos, se ha modificado actualmente, con la preocupación de cuantificar el número de veces que cada asegurado utiliza los servicios dentro de un período determinado.

Por ejemplo, en lo que respecta a un hospital en que su utilización se ha venido midiendo mediante los índices de ocupación de camas y de promedio de estancia, lo que debe interesar en realidad es la tasa por 1,000 asegurados que han ingresado al hospital en un año, como verdadera aspiración del uso conveniente de las camas por la población total protegida o sea el resultado de esta fórmula:

$$\frac{\text{Pacientes Asegurados que ingresaron al hospital en un año}}{\text{Población total protegida en el mismo año}} \times 1,000$$

Esta información es una cuantificación importante, de unos de los aspectos que interesan, para los fines de evaluar la productividad social de un hospital.

2.4.4 *Información sobre servicios médicos otorgados.*

Es conveniente contar con datos sobre el número de servicios médicos otorgados en consulta externa, hospitalización y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, en un periodo determinado.

Deben obtenerse datos en relación con los siguientes aspectos:

- a) Consulta externa: número de personas atendidas y número de consultas otorgadas.
- b) Hospitalización: ingresos, egresos, días de estancia, promedio de estancia, días-paciente, días-cama y porcentaje ocupacional.
- c) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: Laboratorio Clínico, número de pacientes atendidos y total de análisis practicados. Radiodiagnóstico, número de pacientes atendidos y

**TABULACION 2. NUMERO DE SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS,
DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION Y DE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SEGUN CLASE DE SERVICIO
EN UN PERIODO DETERMINADO**

(Datos correspondientes al año de)

| <i>Clase de servicio médico</i> | <i>Número</i> |
|--|---------------|
| Consulta externa | |
| Personas | |
| Consultas | |
| Hospitalización | |
| Ingresos | |
| Egresos | |
| Días-estancia | |
| Promedio de estancia | |
| Días-paciente | |
| Días-cama | |
| Porcentaje ocupacional | |
| Diagnóstico y tratamiento | |
| Examen de laboratorio clínico | |
| Estudio radiológico | |
| Examen de anatomía patológica | |
| Intervención quirúrgica | |
| Prescripción Farmacológica | |
| Otros servicios auxiliares | |
| Radioterapia | |
| Banco de sangre (cantidad consumida) | |
| Fisioterapia | |
| Otros * | |

* Especificar la clase de servicios incluidos en esta categoría.

total de estudios radiológicos practicados. Anatomía Patológica, número de pacientes atendidos y total de estudios practicados.

- d) Número de intervenciones quirúrgicas.
- e) Número de prescripciones farmacéuticas.
- f) Datos en relación con otros servicios auxiliares, tales como: Radioterapia, Banco de Sangre, Fisioterapia y otra clase de servicios incluidos en esta categoría. (Tabulación Núm. 2).

2.4.5 *Información sobre recursos humanos.*

En relación con este importante capítulo, es necesario contar con una información actualizada sobre las personas ocupadas en los servicios médicos. Es conveniente tenerlas clasificadas, según ocupación o sea de acuerdo con el tipo de trabajo que realicen, independientemente de la profesión u oficio para los cuales han recibido o reciben adiestramiento. Además, es recomendable la clasificación del personal contratado por sexo y ocupación, con la finalidad de disponer de datos que permitan calcular las tasas de participación y de retiro, que son importantes en la planificación de los recursos humanos del sector salud.

En esta forma, se tendrá noticia sobre el total y sobre el número de hombres y mujeres ocupados como: médico general, médico especialista, odontólogo, estudiante profesional o técnico, enfermera o enfermero, auxiliares de enfermería, parteras, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, radiología y fisioterapia, sanitaristas, administrativos y otros, entre los que se pueden considerar los de servicio de mantenimiento y generales: lavandería, cocina, máquinas, transportes, aseo y vigilancia. (Tabulación Núm. 3).

Merece un enfoque especial el hecho de que en las instituciones de seguridad social, se contrata con los médicos requeridos una jornada determinada y variable de 1 a 8 horas, con pago de servicios según las horas de trabajo por día que destinan a su servicio. En tal virtud, el dato del número de médicos debe complementarse con el del número de horas-médico que tiene contratadas la institución y que son su recurso efectivo y real.

2.4.6 *Información sobre instalaciones físicas.*

Es necesario contar con información sobre el número de unidades médicas en servicio, según el tipo de unidad y de camas.

**TABULACION 3. PERSONAS OCUPADAS EN LOS SERVICIOS
MEDICOS PROPIOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD
SOCIAL, SEGUN OCUPACION**

(Datos correspondientes al año de)

| OCUPACION* | Personas ocupadas | | |
|-------------------------------------|-------------------|---------|---------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| TOTAL | | | |
| Médico General | | | |
| Médico Especialista | | | |
| Dentista | | | |
| Estudiante Profesional o Técnico .. | | | |
| Enfermera (o) s | | | |
| Auxiliares de Enfermería | | | |
| Parteras | | | |
| Farmacéuticos | | | |
| Técnicos de Laboratorio | | | |
| Técnicos de Rayos X | | | |
| Sanitaristas | | | |
| Otro Personal | | | |

* Es el tipo de trabajo que realiza la persona independientemente de la profesión u oficio para los cuales ha recibido o recibe adiestramiento.

En una forma general, en unidades de consulta externa y en hospitales, deben obtenerse datos sobre su número total y sobre el número de hospitales generales y especializados. Así mismo, número de consultorios y número de camas clasificadas en: camas de hospitalización (camas, incubadoras, cunas de recién nacido enfermo), de tránsito, de urgencia, de trabajo de parto, de terapia intensiva, de recuperación, de recién nacidos sanos.

Este capítulo comprende la investigación del número y tipo de otras unidades médicas existentes. (Tabulación No. 4).

2.4.7 Información sobre morbilidad y mortalidad en la población protegida.

El conocimiento de que existe una relativa fijeza en el comportamiento de las enfermedades, confiere gran importancia a los datos sobre morbilidad y mortalidad, ya que hacen posible en relación con ciertas enfermedades predecir cuándo se van a presentar, la cantidad de casos, los requerimientos de consultas y otros servicios para cada grupo de población protegida. Esto facilita la programación, al considerar el volumen de la demanda probable, sobre bases aproximadas a la realidad. Además, la patología dominante determina el tipo de acciones a desarrollar y la programación sobre estos conocimientos permite planificar la atención médica más apropiada para cada región.

Por eso, mucho se ha venido insistiendo, en distintas reuniones nacionales e internacionales, sobre la conveniencia de implantar sistemas de información que permitan obtener tasas de morbilidad y mortalidad de la población protegida tal y como existen a nivel nacional. Todo lo anterior como elemento de juicio para ayudar a evaluar la influencia de los servicios médicos de la seguridad social sobre los niveles de salud, planear la acción futura de estas instituciones y la importancia de su participación en los programas nacionales de salud como medida inicial, es recomendable dedicar especial cuidado en clasificar a las personas egresadas de los hospitales según diagnóstico, durante el año. (Tabulación No. 5 y 6).

2.4.8 Información sobre costos de la prestación médica integral.

En la mayoría de los países el encarecimiento de la atención médica ha conducido a establecer variados sistemas de organización y múltiples tipos de cobertura del riesgo de enfermedad. En numerosos

**TABULACION 4. NUMERO DE UNIDADES MEDICAS PROPIAS DE
SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL,
SEGUN TIPO DE UNIDAD MEDICA Y DE CAMAS**

(Datos correspondientes al año de)

| Tipo de unidad médica y de cama | Total | Hospitales | | Unidades de servicio externo | | |
|---|-------|----------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|---------|
| | | Genera- les | Especia- lizados | General | Especia- lizados | Otros * |
| Número de unidades médicas | | | | | | |
| Camas de hospitaliza- ción | | | | | | |
| Camas | | | | | | |
| Incubadoras | | | | | | |
| Cunas de recién naci- do enfermo | | | | | | |
| De tránsito | | | | | | |
| De urgencia | | | | | | |
| De trabajo de parto .. | | | | | | |
| De terapia intensiva .. | | | | | | |
| De recuperación | | | | | | |
| De recién nacidos sanos | | | | | | |
| Consultorios | | | | | | |

* Especificar el tipo de unidad médica.

TABULACION 5. TOTAL DE PERSONAS EGRESADAS DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y TOTAL DE DIAS ESTANCIA, SEGUN DIAGNOSTICO, DURANTE EL AÑO

| Personas egresadas de instituciones hospitalarias | | | | | | | | | | | | | Total días de estancia |
|---|---------|---------|-----------------------------------|---------|---------|-------------|---------|---------|-------------|---------|---------|--|------------------------|
| Personas egresadas ⁽²⁾ | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | Por grupos de edad ⁽³⁾ | | | | | | Defunciones | | | | |
| | | | Menores de 1 | | | De 65 y más | | | | | | | |
| Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

¹ Debe entenderse por diagnóstico la verdadera causa del ingreso. Se le llama también diagnóstico principal de egreso. *Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, Octava Revisión. (Lista D de 300 Grupos de Causas. 1965. OMS.

² Incluye las defunciones, las cuales se consideran como egresos hospitalarios.

³ De ser posible, presentar esta información por grupos quinquenales de edad.

Características de los datos

Cobertura geográfica: Todo el país. Simple.

Procedimiento de recolección: Registro administrativo, encuesta por muestra.

Frecuencia de recolección: Anual o con otra periodicidad.

Periodo cubierto: Año calendario.

**TABULACION 6. NUMERO DE CASOS TERMINADOS DE
SUBSIDIOS Y DE DIAS SUBSIDIADOS, SEGUN CONTINGENCIA
CUBIERTA, DURANTE EL AÑO**

| Contingencia cubierta | Número de casos terminados | Total de días subsidiados de casos terminados |
|------------------------------|----------------------------------|---|
| TOTAL | | |
| Enfermedad | | |
| Maternidad | | |
| Accidente del trabajo | | |
| Enfermedad profesional | | |
| Carga familiar | | |
| Desempleo | | |

Características de los Datos

Cobertura geográfica: Todo el país: Simple

Procedimiento de recolección: Registro administrativo, encuesta por muestra.

Frecuencia de recolección: Anual.

Período cubierto: Año calendario.

casos, en los seguros sociales la prestación médica se ha convertido en lo más importante de las actividades institucionales.

Debe considerarse que los costos globales y unitarios de los distintos servicios que comprende la prestación médica integral, están influidos por factores hasta ahora no cuantificados con precisión, como son: la calidad de la atención, la intensidad futura de la demanda, la elevación de precios de medicamentos y de las remuneraciones del personal de salud, entre otros. Todo esto ocasiona que de los cálculos económicos y actuariales, resulten estimaciones muy variables y de distintas interpretaciones en relación con los costos reales de la atención médica; con la repercusión consecuente de que la mayoría de los seguros sociales consideren la rama de Enfermedad Maternidad con déficit operativos continuos, que obligan a establecer combinaciones económicas de solidaridad en los esquemas integrados por varias ramas de seguro en las instituciones tales como: las de pensiones por vejez, invalidez y muerte y la de riesgos profesionales.

Este incremento de los costos médicos, presenta en cada país particularidades específicas. Expertos en la materia estiman que en la próxima década los costos unitarios médicos aumentarán, en la mayoría de los países, en un 25 o 30 por ciento; argumentan que mientras el costo médico sea financiado con base en los salarios, el desequilibrio financiero de las instituciones de seguridad social será inevitable, pues los gastos que no dependen de los salarios, exceden el nivel de crecimiento de los ingresos, que sí dependen de los salarios.

Como solución a esta problemática, los seguros sociales con servicios médicos directos y organización integral institucional, es frecuente que dediquen urgente y especial atención a varios aspectos muy importantes, que se enumeran a continuación:

- a) Promoción de salud mediante sus prestaciones sociales en servicios, proyectadas al núcleo familiar para elevar los niveles culturales y sanitarios.
- b) Campañas intensivas de Medicina Preventiva a la población protegida, coordinada con los programas nacionales de los Ministerios de Salud y otras instituciones.
- c) Educación continuada del personal en servicio, para favorecer su eficiencia técnica y su responsabilidad social.
- d) Colaboración con las instituciones docentes encargadas de la formación del personal de salud, para adaptar los programas de estudio a las necesidades presentes y futuras médico sociales.

- e) Comunicación con organismos obreros y de empleadores, para encontrar respuestas favorables de solidaridad social.
- f) Orientación de la investigación en general para solucionar los problemas médico sociales más importantes.
- g) Establecer programas institucionales de rehabilitación integral.
- h) Planeación técnica para una administración eficiente de la prestación médica.

Como los recursos para el cuidado y la promoción de la salud en una institución de seguridad social, son generalmente fijados con base en las posibilidades de la economía nacional, el administrador debe tratar de elaborar un esquema de prestaciones en función de los recursos disponibles, en vez de utilizar el procedimiento inverso de elaborar un esquema ideal y establecer su costo estimado, suma que generalmente no está disponible. Una vez en operación el sistema y con base a la experiencia, se podría tratar de obtener modificaciones legislativas para mejorar los recursos económicos destinados a la atención médica. Para esto es fundamental contar con información suficientemente demostrativa.

Por otra parte, es indiscutible que las instituciones de seguridad social tienen gran importancia en el proceso de desarrollo socioeconómico por su captación de ingreso y por el papel que desempeñan sus políticas de prestaciones, servicios e inversiones en la elevación de los niveles de vida. Es conveniente disponer de datos referentes a los ingresos y a los egresos, con el grado de detalle al nivel de los factores principales, requerido para la programación sectorial y nacional. (Tabulaciones 7 y 8).

Nota.—Los cuadros de Tabulaciones 1 a 8 corresponden a la publicación: "Informe de la II Sección de la Subcomisión de Estadísticas del Trabajo y Seguridad Social" del Instituto Interamericano de Estadística.

O.E.A. Washington, D.C. Octubre 21-28, 1969.

Por medio de la Contabilidad de Costos deberá determinarse el costo unitario de servicio, de producción o de función; entre los que deben buscarse los siguientes:

- Costo por hora-médico.
- Costo por caso terminado, conforme la clasificación por daño.
- Costo por día-cama.

**TABULACION 7. MONTO DE LOS INGRESOS DE LAS
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN FUENTE
DE LOS INGRESOS**

| Fuente de los ingresos | Total de ingresos |
|---|-------------------|
| TOTAL | |
| Contribución de asegurados cotizantes | |
| Contribución de patronos | |
| Contribución del Estado | |
| Como patrono | |
| Como Estado | |
| Ingresos procedentes de inversiones | |
| Otros ingresos * | |

* Especificar la clase de ingresos incluidos en esta categoría.

Características de los Datos

Cobertura geográfica: Todo el país: Simple.

Procedimiento de recolección: Registro administrativo

Frecuencia de recolección: Anual

Período cubierto: Año calendario.

TABULACION 8. MONTO DE LOS EGRESOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, POR RAMA DE SEGURO, SEGUN DESTINO DE LOS EGRESOS

| Destino de los Egresos | Egresos | | | | |
|-----------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------|
| | To- tal | Por rama de seguro | | | |
| | | Enfermedad maternidad | Riesgos profesionales | Invalidez, vejez y muerte | Desempleo |
| TOTAL | | | | | |
| Prestaciones en especie | | | | | |
| Prestaciones médicas | | | | | |
| Otras prestaciones sociales .. | | | | | |
| Prestaciones en dinero | | | | | |
| Subsidios | | | | | |
| Pensiones | | | | | |
| Indemnizaciones | | | | | |
| Finiquitos | | | | | |
| Otras prestaciones en dinero* | | | | | |
| Transferencia a otros fondos ... | | | | | |
| Gastos de Administración | | | | | |
| Otros gastos | | | | | |
| Déficit o superávit del ejercicio | | | | | |

* Especificar la clase de prestaciones incluidas en esta categoría.

Características de los datos

Cobertura geográfica: Todo el país: Simple Procedimiento de recolección: Registro administrativo

Frecuencia de recolección: Anual

Período cubierto: Año calendario

- Costo por día-paciente.
- Costo por ración-servida.
- Costo por kilogramo de ropa lavada.
- Costo por estudio radiológico.
- Costo por examen de laboratorio clínico.
- Costo de prescripción farmacéutica por paciente y por servicio.
- Costo por metro cuadrado de mantenimiento.

Los costos unitarios que se han venido obteniendo no son absolutamente exactos, principalmente porque en algunas áreas no se ha terminado el estudio de las características particulares de cada unidad médica; no obstante, su aproximación permite utilizarlos como parte de la información financiera de las instituciones.

En forma general, en la determinación de estos costos unitarios quedan considerados:

- El pago de sueldos y compensaciones al personal de los servicios médicos.
- Los recursos materiales empleados directamente para llevar a cabo el servicio o función.
- Los gastos indirectos, que son las otras erogaciones necesarias para otorgar un servicio o realizar una función, resultan por complejos y variados muy difíciles de precisar.

3.—PRODUCTIVIDAD ECONOMICA, TECNICA Y SOCIAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS.

Productividad puede significar sencillamente “capacidad para producir”, con esta connotación es utilizada en la actividad industrial para medir la fuerza laboral, estableciendo una relación entre una fuente o medio de producción y lo que se produce. Esta relación es generalmente cuantitativa y por lo tanto es medible.

Otra acepción más amplia la describe como: “la proporción entre los rendimientos reales obtenidos (out-put) y los insumos totales requeridos para lograr los (in-put)”. En este sentido, la productividad es “el resultado final de un proceso social complejo, que incluye: la ciencia, investigación y desarrollo, educación, tecnología, administración, medios de producción, trabajadores y organizaciones laborales”.

En otras ocasiones se conceptúa como: “el grado de eficiencia de los resultados obtenidos”. Por lo tanto, hay varias definiciones y cada una de ellas implica una filosofía.

El concepto productividad está vinculado estrechamente a la industria, pero también se aplica cada vez con mayor frecuencia en otros campos de actividad.

Lo trascendente es que el concepto que era propio de las cosas materiales, en tanto estuvo circunscrito a la producción industrial, actualmente adquiere nuevas dimensiones al vincularlo a los aspectos sociales, en los que se considera que toda acción humana, física o intelectual, debe tener una productividad y que todo individuo debe estar consciente de ella. Por lo anterior se acepta, como interpretación vigente, la productividad económica, técnica y social.

Desde el punto de vista económico la productividad es explicada por la siguiente ecuación:

$$\begin{aligned} \text{Productividad} &= \frac{\text{Producción obtenida}}{\text{Recursos empleados (Insumos)}} \end{aligned}$$

Esta fórmula es aceptada con fines de medición para resultados cuantitativos y es muy limitada. En un nivel macroeconómico permite una serie de comparaciones, que pueden ser de lo más variadas según los factores o subfactores empleados.

En los servicios médicos la fórmula puede plantearse con la siguiente base:

$$\begin{aligned} \text{Productividad de los médicos} &= \frac{\text{Atenciones dadas}}{\text{Médicos en servicio}} \end{aligned}$$

En esta forma los recursos humanos, básicos en la atención médica, son medidos cuantitativamente. Como en los servicios médicos intervienen numerosos factores es posible obtener otros indicadores por la aplicación de otras fórmulas, por ejemplo:

$$\begin{aligned} \text{Productividad de la capacidad instalada} &= \frac{\text{Atenciones dadas}}{\text{Consultorios utilizados}} \\ \text{productividad por hora} &= \frac{\text{Atenciones otorgadas por especialidad}}{\text{Horas contratadas para la atención de la especialidad}} \end{aligned}$$

Siguiendo estos procedimientos, es posible obtener datos para comparar la productividad con sentido económico, en diferentes aspectos de los servicios médicos. Sin embargo, ha de enfatizarse que siempre debe hacerse un análisis cuidadoso de las distintas circunstancias que rodean a cualquier acto médico y siempre deben presentarse en cifras y con objetividad los resultados.

Como requisitos indispensables, es necesario que desde la planeación se fijen los objetivos que se pretende alcanzar, se proceda a un inventario realista de los recursos disponibles y se elijan los indicadores más adecuados para medir la productividad en los servicios médicos. Esto para fines de autoanálisis o de autoapreciación es muy importante, en las diversas etapas de la aplicación de un programa.

En cualquier procedimiento de evaluación de este aspecto de la productividad es indispensable la retroinformación permanente, por lo que deben precisarse los datos que han de solicitarse a los grupos o comités responsables y la periodicidad con que se va a regresar información procesada.

En algunas instituciones ha resultado muy estimulante para este proceso, que en los grupos o comités de evaluación, participe el personal que realiza los actos médicos.

La productividad técnica significa la utilización de los métodos de trabajo más eficientes, lo que implica una actitud favorable al cambio.

En su proyección social, productividad equivale a revertir los resultados de la producción, a los sectores participantes y a la población en general.

Debe ser sobre todo en éstos dos últimos sentidos como ha de aplicarse el concepto productividad a los servicios médicos de la seguridad social, ya que el propósito que se persigue es la mejor utilización y promoción de la salud con prestaciones oportunas, suficientes, de los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos, en el cuidado de la mejor calidad posible y de costo técnicamente justificado. Lo mencionado consecuencia de una administración eficiente, de la actuación responsable del personal en servicio y de la solidaridad consciente de los grupos asegurados, será factor determinante para la extensión de la seguridad social a otros sectores de la población.

4.—EVALUACION DE LA PRODUCTIVIDAD EN EL CUIDADO Y PROMOCION DE LA SALUD.

Actualmente hay un manifiesto interés en la incorporación de los conceptos de inversión económica en las actividades para la salud, lo que además de ser indudablemente necesario, obliga a la administración de los servicios médicos a considerar sus planes y proyectos basándose —además de los factores científicos, técnicos y médico sociales— en aspectos financieros; por ejemplo, se tiende a calcular el rendimiento de un programa de medicina preventiva, en términos de días-hombre de trabajo ahorrados en relación con los gastos realizados.

Con este nuevo enfoque que subraya la importancia concedida a una adecuada inversión financiera que debe producir salud, se están descartando actitudes anacrónicas como la de considerar que en el acto médico no hay una clara y directa relación inversión-rendimiento. Lo anterior acontece por las dificultades para encontrar parámetros adecuados para valorar el mejoramiento de los niveles de salud que van desde la prevención de la enfermedad y la invalidez, hasta la prolongación de la esperanza de vida.

Estos hechos se apreciaban subjetivamente, al estimar que era la única forma de hacerlo, motivando olvidos en la información del pasado explicables por la imposibilidad de obtener resultados cuantitativos.

Los asegurados deben recibir atención y cuidados médicos de la mejor calidad que pueda proporcionar la institución, con los recursos de que dispone. Tal prestación debe garantizar las mayores oportunidades de prevención y de recuperación, la convalecencia más corta y la menor incapacidad posible; y restituir a los enfermos y lesionados, en el tiempo más breve, a sus condiciones habituales, tanto ocupacionales, sociales, y familiares, como de vida satisfactoria. Esto debe ser controlado y evaluado, a pesar de que no sea fácil establecer la relación directa: inversión de recursos-rendimiento.

Además, la evaluación de la productividad de los servicios de salud, trata de determinar objetivamente si los resultados en la elevación de los niveles de salud de la población protegida corresponde a las inversiones económicas realizadas.

También existe, en todos los países, una toma de conciencia nacional sobre la trascendencia e importancia social de la atención médica, así como sobre su elevado y creciente costo; por eso, adquiere cada vez mayor urgencia la necesidad de investigar y estudiar acucio-

samente en el campo de la evaluación de la productividad de las prestaciones sociales en especie para la salud, a fin de facilitar el encuentro de los mejores procedimientos y alternativas que hagan posible que el progreso médico logrado pueda estar realmente al servicio de las necesidades colectivas.

Se ha comprendido que parte del producto del desarrollo económico debe destinarse a la aplicación de medidas de seguridad social —sobresaliendo entre ellas las prestaciones médicas— que benefician a sectores cada vez más amplios de trabajadores y a sus familiares, e incluso en ciertos países a la totalidad de la población, garantizándoles una protección cada vez más eficaz contra los riesgos sociales que les amenazan. No obstante, se sigue confrontando una de las paradojas del mundo moderno que es el aumento de la inseguridad social en las poblaciones, simultáneo al aumento constante del producto nacional de cada país, resultado de la creciente industrialización.

El aumento actual de las cargas sociales, más acelerado que el del producto nacional, es motivo de preocupación creciente para muchos expertos, sobre todo al considerar que el financiamiento de tal aumento recae en las poblaciones activas, en las que pueden generarse reacciones de tensión e inconformidad, de no ser convenientemente informadas sobre los resultados de sus esfuerzos solidarios.

El problema que se plantea es equilibrar el desarrollo económico con una política satisfactoria de distribución de servicios, entre los que destacan los del cuidado y promoción de la salud.

En las instituciones de seguridad social de los países en vías de desarrollo, con recursos económicos a veces muy limitados, es preciso a menudo tener que elegir entre varios objetivos que no pueden alcanzarse simultáneamente, y en esta alternativa la superación en la calidad de la atención médica puede encontrarse en competencia con otras necesidades institucionales. Afortunadamente ya existe conciencia de que no puede eludirse la responsabilidad de aplicar y desarrollar simultáneamente los aspectos cuantitativos de las prestaciones y los cualitativos de los servicios.

En el caso de las prestaciones de salud de la seguridad social, el propósito de conciliar lo social y lo económico, tiene base técnica firme en la evaluación de la productividad de los servicios médicos, lo que significa que de ahora en adelante se tendrán que analizar a cada momento las incidencias recíprocas entre este subsector cada vez más importante, y el resto de la economía institucional. Con este fin, con-

viene, por una parte, disponer de la información estadística necesaria y, por otra, poder utilizar una metodología apropiada. Ahora bien, es preciso reconocer, que el material estadístico en muchos países sigue siendo muy insuficiente y ello vicia en su base misma las comparaciones internacionales; por su parte, la metodología para determinar la productividad está en permanente gestación y los estudios en materia de salud, prácticamente están iniciándose.

El problema planteado, que se agudiza cada vez más, estriba en encontrar los procedimientos y los sistemas para proporcionar servicios médicos de buena calidad a toda la población protegida, a un costo razonable ajustado a las posibilidades financieras de las instituciones. Sólo así podrá cumplirse con las peticiones de los asegurados y sus familiares que han ido adquiriendo mayores conocimientos en relación con la salud, están mejor informados y saben apreciar lo que es un buen servicio.

Ante esta situación, la calidad resulta ser el elemento fundamental de la prestación médica y el objetivo es alcanzar la mejor calidad al menor costo; ya que el total de gastos que se invierten en el seguro de salud es el resultado de multiplicar el costo por unidad de servicio por la cantidad de atenciones proporcionadas; si tal precio es muy alto debido a la necesidad de proporcionar calidad, el resultado es un incremento del costo total que puede llegar a ser incompatible con las posibilidades de financiamiento de los seguros sociales.

Una de las alternativas que se ofrecen, para la solución de la problemática planteada por estos factores contradictorios, es mejorar la utilización y aumentar el rendimiento de los servicios para la salud con lo que, además, se mantendrán proporcionados los costos dentro de los límites que tienen otros bienes y servicios cuyo precio se ha abatido como resultado de la gran elevación de la productividad general en los últimos años.

Este propósito se cumple en parte mínima en la actualidad, pues los costos de los servicios para la salud, han subido dos y aún tres veces más que el incremento relativo de los bienes de consumo. Lo anterior subraya la necesidad de superar su rendimiento actual, esto es, aumentar su productividad, con el objeto de establecer el equilibrio adecuado.

4. 1 *Evaluación general en los servicios médicos.*

La evaluación es el proceso que lleva a determinar el progreso,

desviaciones o éxito de un programa cuyos objetivos fueron previamente establecidos.

Este proceso tiene dos fases: la primera, de autoanálisis, realizada por el mismo personal encargado del desarrollo de los trabajos, por lo que no es absolutamente confiable; y, la segunda de evaluación, practicada por personal especializado, ajeno al programa, con información suficiente del mismo y de otros semejantes, lo que permite estimaciones objetivas de la efectividad para alcanzar las metas fijadas.

El concepto de evaluación difiere del de investigación —con la que puede confundírsele— en que no busca un nuevo conocimiento y no termina con la presentación de resultados, sino que una vez obtenidos éstos son incorporados al programa de donde provienen, o utilizados en otros semejantes. Por lo anterior, deben quedar claramente establecidos sus objetivos específicos, procurando siempre la evaluación del esfuerzo, capacidad, adecuación y eficiencia.

Las características dinámicas de las instituciones de seguridad social, unidas a la necesidad de optimizar el funcionamiento de sus servicios médicos, acordes con los progresos de la medicina y ciencias afines y de la tecnología, hacen indispensable su planeación cuidadosa, aplicación adecuada y evaluación permanente. Así se llega al conocimiento de indicadores cuantitativos y cualitativos de los servicios médicos de los seguros sociales. En consecuencia esta evaluación tiene los siguientes objetivos:

- 1—Proporcionar estimaciones confiables para medir los progresos, desviaciones y logros en metas intermedias o finales.
- 2—Medir el grado de eficiencia con que se imparten los servicios, su calidad y el rendimiento del personal que los otorga o sea *evaluar su productividad*.
- 3—Justificar o modificar los requerimientos de recursos humanos y materiales.
- 4—Señalar las necesidades convenientes de coordinación interna o externa.
- 5—Orientar convenientemente los trabajos periódicos de autoanálisis encargados al personal participante, para evitar desviaciones originadas en el natural interés de continuar por un camino establecido por el mismo personal.
- 6—Fundamentar técnicamente los informes sobre los resultados obtenidos.

7—Proporcionar al plan general de servicios médicos, elementos válidos para la modificación o renovación necesarias.

8—Señalar los requerimientos de adiestramiento del personal que tenga deficiencias para realizar adecuadamente las funciones establecidas.

Para lograr los objetivos mencionados se sugieren las políticas que se enumeran a continuación:

1.—Establecer una metodología que permita un proceso de evaluación periódico y confiable de la prestación médica integral.

2.—Fijar metas intermedias adecuadas y finales, en los procesos de autoanálisis y evaluación.

3.—Señalar los conductos adecuados para comunicar los resultados de la metodología aplicada.

4.—Realizar la evaluación con objetividad e imparcialidad.

5.—Guardar discreción intrainstitucional de los resultados obtenidos.

6.—Aprovechar la evaluación para determinar las decisiones tendientes al estímulo en los resultados favorables o a los ajustes necesarios cuando se presenta alguna desviación.

7.—Llevar a cabo el autoanálisis en todos los casos a nivel operativo, con la periodicidad que se estime conveniente.

8.—Informar de los resultados de la evaluación, a los responsables de los programas de servicios médicos.

Tomando en cuenta los objetivos y políticas a que se ha hecho referencia, la evaluación en los servicios médicos abarca diversos aspectos, como son:

1) Problemas de salud de los asegurados.

2) Recursos humanos y materiales.

3) Condiciones de los edificios destinados a Unidades Médicas.

4) Atención Médica Integral.

4. 1 Prevención y promoción de salud.

4. 2 Reparación.

4. 3 Rehabilitación.

5) Expediente clínico.

- 6) Expedición de recetas y certificados de incapacidad.
- 7) Educación para la salud de la población protegida.
- 8) Enseñanza y adiestramiento del personal.
- 9) Relaciones humanas y proyección social a la familia y a la colectividad.
- 10) Costos obtenidos.
- 11) Productividad.

La productividad debe ser examinada con detenimiento pero no a escala individual, que es un campo de estudio muy reducido, sino a escala institucional: primero, en cada una de las unidades médicas; después, en las regiones en que operan los servicios; y, finalmente al nivel nacional. Este último es el adecuado, para la sistematización e interpretación con fines normativos.

4. 2 *Evaluación de la productividad de las unidades médicas.*

Una evaluación periódica de los servicios en las unidades médicas en operación debe ser el objetivo de los planes en este aspecto.

Son de gran importancia la precisión en cifras y la objetividad de los resultados de esta valoración, de la que debe depender el plan futuro de la organización de los servicios médicos, ya que permite demostrar los puntos débiles de los programas y es inspiración para esfuerzos preventivos o denormalización más oportunos.

Sobre todo en los servicios de consulta externa, frente a las críticas y quejas que confrontan por la demanda creciente —a veces excesiva— de prestaciones, se requieren, cada vez más, bases técnicas para presentar a los sectores interesados —Estatal, de empleadores y de trabajadores, así como a la población protegida y a la opinión pública en general— la estimación y el análisis de la productividad, como resultado de la administración eficiente.

De un modo general pueden considerarse como requerimientos esenciales para una evaluación efectiva de la productividad de los servicios de una unidad médica en operación:

- 1.—Tener un plan que señale claramente: objetivos, efectos a lograr, políticas institucionales, recursos necesarios, costos y tiempo para alcanzar determinadas metas.
- 2.—Fijar los modelos normativos y los índices requeridos, como

un marco de referencia sobre el cual se comparen los resultados.

- 3.—Disponer de un manual de procedimientos y de personal apropiadamente entrenado.
- 4.—Establecer los sistemas de información estadística, requeridos.
- 5.—Conceder mayor importancia a los resultados que a los esfuerzos realizados.
- 6.—Evaluar la productividad económica, técnica y social de los servicios médicos, distinguiendo:
 6. 1 Actividades y procedimientos para determinar la eficiencia del personal y de los servicios o la validez de los métodos.
 6. 2 Objetivos que se aplican a fases parciales del programa.
 6. 3 Metas finales.
 6. 4 Aspectos sociales que se van a valorar, como condiciones generales de salud, educación sanitaria de la población y aún niveles generales de vida de la población protegida.
- 7.—Utilizar los resultados en la elaboración de las normas institucionales.

Esta evaluación requiere la aplicación de todos los principios señalados para obtener resultados imparciales y veraces. Para realizarla habrán de considerarse muchos elementos, tales como: confiabilidad, validez, aceptación del personal directivo involucrado, rendimiento y costo del procedimiento seguido.

La evaluación debe establecerse en cada unidad, para orientar sobre los logros parciales obtenidos y contribuir a determinar la productividad integral de la institución. Los resultados serán concentrados, periódicamente, en la Jefatura Regional y después en la Dirección Nacional de los Servicios Médicos. Para cumplir con este propósito es necesario contar con índices críticos y reportes de actividad para que, entre otros procedimientos que pueden ser aplicables, cada unidad médica registre en una Cédula de Evaluación los resultados del autoanálisis que se efectúe a intervalos regulares. Para complementar estos resultados es recomendable que anualmente Comisiones de Evaluación, sigan un procedimiento similar.

La Cédula de Evaluación constituye un diseño de clasificación de

datos, para una apreciación más precisa del grado de eficiencia de los recursos humanos, del aprovechamiento de las instalaciones, de algunos datos estadísticos que sirven como indicadores valiosos y del enfoque de ciertos aspectos de administración que contribuyen para hacer una valoración práctica y numérica de la calidad de la prestación médica otorgada. Todo lo anterior, con el criterio rector de concentrar en un sólo documento toda la información pertinente que, por razón de la recolección de datos y sobre todo por la aplicación de otros sistemas de evaluación, aparecen con frecuencia en documentos dispersos.

La Cédula de Evaluación comprende básicamente cuatro capítulos, que son los siguientes:

1.—*Recursos humanos.*

Es de importancia extraordinaria evaluar el aprovechamiento adecuado de los conocimientos y capacidad de trabajo de los médicos, así como del personal auxiliar del equipo institucional de salud.

Los estudios de potencial humano no serán realistas a menos que tomen en consideración, muy cuidadosamente, este factor del rendimiento que es esencial para determinar la cantidad de médicos, enfermeras, técnicos, administrativos, auxiliares y otro personal, que se necesita para atender la demanda de la población asegurada.

Los especialistas en administración consideran los servicios de atención médica, como un sistema sumamente complejo que se funda en la coordinación de un grupo numeroso y heterogéneo de personal profesional y subprofesional, técnico y auxiliar, que representa diferentes valores y actitudes, pero que se enfrenta constantemente con problemas humanos.

Además, los permanentes avances de las ciencias biomédicas y de la tecnología, la modernización constante de las instalaciones físicas y del equipo, ejercen una fuerte influencia sobre los recursos humanos de los servicios de atención médica, que exigen renovación y crean nuevas dificultades durante ese proceso.

Mediante los resultados obtenidos en las fases operativas del trabajo médico y con la experiencia adquirida, es posible cuantificar y evaluar los problemas principales, así como determinar las consecuencias que tienen para la administración racional de las instituciones la necesidad de planear la educación continuada del personal en ser-

vicio y organizar programas apropiados de comunicación con la población protegida y los representantes de los sectores de trabajadores y empleadores, con la finalidad de establecer adecuadas relaciones humanas.

2.—*Instalaciones.*

Las unidades médicas que han sido construidas obedeciendo a planes y programas médico-arquitectónicos, tienen una planta física que corresponde a las funciones requeridas, son apropiadas para satisfacer en mayor grado la demanda de atención médica y con previsión del futuro, son susceptibles de adaptaciones y ampliaciones para atender nuevas y crecientes necesidades. Lo anterior puede ser considerado como un indicador del propósito de mantener en operación suficiente las unidades, lo cual contribuye a conservar la calidad de los servicios y la eficiencia administrativa.

3.—*Datos estadísticos.*

Su finalidad es fijar racionalmente un número de metas a cumplir por cada unidad del sistema. La comparación inmediata y mediata de sus resultados, permite establecer indicadores de actividades para numerosos rubros que proporcionan información del cumplimiento cuantitativo y cualitativo.

La cuantificación por indicadores permite establecer juicios sobre el mejoramiento de la salud. En otros casos sus resultados negativos resultan un valioso aporte para determinar la disminución del nivel de salud.

4.—*Administración.*

Los organogramas institucionales, así como el conjunto de normas, manuales de administración y de procedimientos técnicos y administrativos, son factores condicionantes para mantener debidamente integrada y coordinada a la unidad, lo que contribuirá a una adecuada de sus servicios médicos y a superar su productividad.

Es conocido que instituciones en las cuales cada unidad funciona independientemente, creando sus propios procedimientos y sin que forme parte integrante de un sistema coordinado, en el que la responsabilidad y el control los adquiere la institución, no ofrecen garantía para su rendimiento en un nivel elevado, ni para orientar eficazmente

su acción, lo que tiene como consecuencia baja calidad en sus prestaciones.

En la actualidad, aplicando procedimientos eficientes de administración, se acepta la relación directa entre calidad y costos, siendo posible demostrar que la elevación de calidad se refleja en una baja de los costos.

La evaluación continua permite apreciar los esfuerzos realizados y su influencia sobre el desarrollo de la estrategia para alcanzar los objetivos al controlar y coordinar el funcionamiento de los distintos servicios. La intención es, no solamente apreciar los resultados de los programas en operación, sino también predecir la tendencia y extensión de las actividades a largo plazo sobre la base de la experiencia acumulada.

Se acepta que la evaluación no es un fin en sí misma, sino más bien un medio para mejorar y dar nueva orientación al desarrollo de los programas. La aplicación de métodos precisos y objetivos, favorecen un acercamiento técnico entre el personal y estimula su cooperación en la recolección de datos necesarios para los sistemas de información institucional.

4.3 Algunos factores que interfieren la productividad en los servicios médicos.

En la evaluación de la productividad existen factores negativos que se han evidenciado con el autoanálisis, que son muy numerosos y no se han cuantificado. El denominador común de estos problemas es la falta de coordinación en los sistemas de trabajo, que conduce a la utilización desordenada de los recursos humanos y materiales disponibles para el cuidado y promoción de la salud.

Presentar una lista de los factores que interfieren en la productividad de los servicios médicos, sería motivo de un capítulo especial y muy extenso, por tal motivo en este informe se presenta un breve análisis de la incoordinación señalada y sus consecuencias en dos de los aspectos más importantes de los servicios médicos: consulta externa y hospitalización.

1.—En la consulta externa es frecuente apreciar inadecuada coordinación de servicios y recursos. Lo anterior se hace evidente, sobre todo en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, en los administrativos y paramédicos, con lo que se ocasionan dilaciones que

repercuten en menor número de consultas o en reducción del tiempo dedicado a cada una de ellas, lo que se refleja en su calidad. Para ilustrar lo anterior se presentan algunos ejemplos, en que la incoordinación altera el funcionamiento de la atención médica:

- Con el archivo clínico, lo que provoca pérdidas de tiempo en espera del expediente.
- Con los servicios de recepción, que ocasionan pérdidas de tiempo en espera del paciente e incumplimiento a las citas.
- Con el laboratorio clínico y servicios de radiología, que originan pérdidas de tiempo en el estudio y diagnóstico del paciente.
- Con los servicios de urgencia, medicina preventiva y de interconsulta con los especialistas, lo que repercute en pérdidas de tiempo en el tratamiento integral del paciente.

La corrección de las situaciones señaladas mediante la coordinación produce atención médica oportuna, eficiente y suficiente en calidad y cantidad. Por otro lado, fomenta relaciones humanas apropiadas, y como consecuencia final, mayor productividad en los servicios institucionales.

2.—En lo que se refiere a la hospitalización:

- Falta de un programa de ingresos adecuados, basado en la coordinación con la capacidad de quirófanos y en el estudio clínico completo de los pacientes realizado previamente por el médico general en la consulta externa, exceptuando los casos de urgencia.
- Carencia de control efectivo de la estancia hospitalaria requerida, por falta de normas para el alta oportuna del paciente y para la continuación de los tratamientos instituidos en forma extrahospitalaria.
- Ausencia de otras coordinaciones, entre las que pueden citarse: la que debe establecerse entre los horarios del personal médico y paramédico en quirófanos y el aprovechamiento de personal administrativo y de intendencia en servicios distintos a los que dedican la mayor parte de su tiempo.

5.—SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

En su preocupación permanente para alcanzar la optimización del costo de los servicios médicos, algunas instituciones de los países americanos —por la aplicación de procedimientos de organización y métodos en la administración— están efectuando la evaluación de los servicios para el cuidado y promoción de la salud, estableciendo medidas prácticas que son recomendables, como pautas directrices, para mejorar la productividad de la atención médica, con sentido social:

1.—Instaurar políticas institucionales apropiadas.

- 1.1 Dar la debida prioridad a las funciones de medicina preventiva, en la organización y funcionamiento de los servicios para el cuidado integral de la salud.
- 1.2 Señalar, en materia de construcciones de unidades médicas, que se cumplan los objetivos siguientes:
 - que tengan aprovechamiento integral.
 - que sean funcionales, para hacer posible una reducción de costos en la prestación de servicios.
- 1.3 Implantar y propiciar sistemas de trabajo debidamente coordinados, que mejoren la productividad del personal.
- 1.4 Analizar las tendencias en la demanda de servicios para orientar cambios en las políticas a seguir.
- 1.5 Otorgar, en las máximas posibilidades, las prestaciones sociales de educación social y sanitaria.
- 1.6 Apoyar la regionalización de los servicios.
- 1.7 Favorecer la automatización.
- 1.8 Evitar la especialización inadecuada de funciones del personal.
- 1.9 Sostener una actitud favorable a la coordinación con otras instituciones de servicio y con las instituciones docentes dentro del sector salud.
- 1.10 Alentar la investigación en el campo de los fenómenos médico-sociales.

- 2.—Establecer Sistemas de Información, para una verdadera investigación de operaciones que establezca las bases de una posible acción, dentro de la administración racional del seguro de salud.
- 3.—Promover Programas de Educación Continuada para el personal profesional de salud y Cursos de Capacitación y Actualización para el personal técnico y auxiliar, para mejorar su eficiencia. Considerar indispensable la motivación doctrinal de la medicina social e institucional.
- 4.—Procurar que los progresos y avances de las ciencias biomédicas y sociales, estén realmente al servicio de las necesidades colectivas, y en particular, de la población protegida.
- 5.—Adoptar los adelantos de la Técnica Médica:
 - 5.1 En Consulta Externa, para:
 - Aprovechamiento racional de las técnicas auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
 - Utilización de cuadros básicos de medicamentos, para prescripción adecuada.
 - Aplicación de normas terapéuticas y técnicas, flexibles y dinámicas.
 - Instructivos precisos para expedición conveniente de recetas y certificados médicos de incapacidad temporal para el trabajo.
 - 5.2 En hospitalización, para:
 - Reducción del promedio de estancia.
 - Mejoramiento de sistemas de trabajo.
- 6.—Aplicar procedimientos de administración general:
 - 6.1 Elaborar guías para la determinación de fuerza de trabajo.
 - 6.2 Eliminar las desviaciones de los suministros.
- 7.—Garantizar la dotación de personal de salud requerido y el abastecimiento suficiente y oportuno de medicamentos, equipo e instrumental, vestuario, materiales de consumo y de curación, mediante el cumplimiento de las especificaciones de apropiados cuadros básicos.

- 8.—Orientar e informar adecuadamente a los sectores de trabajadores y empleadores sobre sus derechos, obligaciones y responsabilidad, para el correcto uso de los servicios. Esta conducta produce la confianza pública en las instituciones de seguridad social.
- 9.—Crear organismos o departamentos de planeación, supervisión y evaluación de los servicios médicos.
- 10.—Proseguir en forma sistemática y permanente los estudios de evaluación de la productividad en el cuidado y promoción de la salud, que contribuirán para que este servicio se proyecte a sectores más amplios de la población, lo que constituye valiosa aportación al desarrollo económico y social.