

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Números 80 - 81

MARZO - JUNIO

1973

MEXICO, D. F.

ACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS
ERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

I N D I C E

	Página	
INTRODUCCION	9	
PROGRAMA OFICIAL	13	
CEREMONIA INAUGURAL	21	
RELACION DE DELEGADOS	35	
PRIMERA SESION PLENARIA	45	
Tema: MEDICINA PREVENTIVA. PROGRAMAS DE PROTECCION. PROGRAMACION Y FOMENTO DE LA SALUD. Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social. Dr. Gastón Novelo. Dr. Rafael Sánchez Zamora		47
SEGUNDA SESION PLENARIA	111	
Tema: LA EVOLUCION DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE LA O.I.T. Y LA DE LOS SISTEMAS PARA LA PROTECCION DE LA SALUD POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AMERICAS. Ponencia Oficial de la Oficina Internacional del Trabajo. Sr. M. Stilon de Piro. Dr. Milton I. Roemer		113
TERCERA SESION PLENARIA	197	
Tema: ASISTENCIA MEDICA. ORGANIZACION Y FUNCIONA- MIENTO EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION. Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Dr. Luis Castelazo Ayala		199
CUARTA SESION PLENARIA	281	
Tema: PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.		

TERCERA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Abdiel Marengo,
Director Ejecutivo Médico General
Caja Seguro Social. Panamá.

Vicepresidente:

Dr. Mario Reni Roldán,
Director General del Instituto
Salvadoreño del Seguro Social.
El Salvador.

Secretario Técnico:

Dr. Keith Holder.
Jefe de la Consulta Externa de
Medicina General. Panamá.

TEMA:

ASISTENCIA MEDICA. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION

PONENTE:

COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL.
DR. LUIS CASTELAZO AYALA.

ASISTENCIA MEDICA, ORGANIZACION Y FINANCIAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION

I. EVOLUCION DE LA PRESTACION MEDICA HACIA LA MEDICINA INTEGRAL EN LOS SEGUROS SOCIALES LATINOAMERICANOS.

Tres hechos de singular importancia han influido en la evolución, desarrollo y progreso de la asistencia médica en los países americanos. El primero fue el surgimiento, con la constitución de la Organización de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de preceptos que situaron a la medicina, y a la atención médica, en un contexto de carácter social, que trascendió la tradición de que la restauración de la salud constituyera el privilegio de las minorías que podían sufragar el costo de un servicio privado, y relegaba a las mayorías populares a recibir servicios de la asistencia o de la caridad.

Se proclamaron, como derechos humanos, el Derecho a la Salud y el Derecho a la Seguridad Social, que desde entonces son componentes básicos de la justicia social y factores primordiales en la ruta del desarrollo socioeconómico de los países.

La simple expresión de estos conceptos habría sido insuficiente si no hubiera concurrido un segundo acontecimiento de valor imponderable, la adopción de sistemas operativos capaces de permitir la prestación de servicios médicos a grandes grupos humanos, conjugando eficazmente la existencia de un derecho con la posibilidad de ser beneficiado por él. Con la creación de instituciones nacionales encargadas de aplicar el derecho a la seguridad social se encontró, en el ámbito latinoamericano, un procedimiento que está demostrando, en el transcurso de las últimas décadas, su capacidad práctica para garantizar asistencia médica, dentro del contexto de la medicina social, a sectores de población progresivamente crecientes. Hace tres décadas, a pesar del pleno conocimiento sobre las insuficiencias propias de esa época, en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en 1942, existía ya claramente definido el deseo de impulsar la acción de los seguros sociales latinoamericanos hacia una prestación médica de carácter integral, que se acercara lo más estrechamente posible a las metas ideales de la salud, tanto individual como social.

Estas doctrinas sociales se han interaccionado, y recibido una profunda influencia de un tercer elemento, la creciente y progresiva aplicación en la medicina de los avances científicos e implementación tecnológica en los procedimientos preventivos de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitatorios.

La concurrencia de estos tres factores ha condicionado modalidades particulares a la práctica médica. El hombre como ser concreto, no como abstracción filosófica ni como simple factor económico o político, es sujeto de protección como componente del conglomerado social. La asistencia médica se convierte en un elemento de gran importancia para garantizar la autenticidad de las doctrinas, y se crean así las condiciones características de la era actual, de la medicina social, que exige, en el más amplio sentido de la palabra, la adopción de procedimientos modernos de planeación y administración para proporcionar, en función de los recursos disponibles y de la demanda social, atención médica curativa y prevención médica, que debe ser ampliada con todos los procedimientos para mejorar los factores ambientales que influyen en la salud humana y posibilitar la rehabilitación para quienes requieren ser reincorporados a las condiciones ordinarias de la vida diaria familiar, laboral y social.

Esta meta ambiciosa, la medicina integral, está siendo alcanzada, con las mejores posibilidades de operación y en forma más realista, por los sistemas de seguridad social, que además completan y enriquecen su capacidad para promover la salud adicionando prestaciones económicas y prestaciones sociales: las primeras, dirigidas a mantener la capacidad económica del núcleo familiar cuando ésta se ve afectada por la enfermedad, el accidente, la invalidez, la vejez o la muerte de los asegurados; y las segundas para elevar sus niveles cultural y sanitario y promover los medios básicos que permitan incrementar el disfrute del tiempo libre, y aprovecharlo en la capacitación, el deporte y la recreación, satisfacer las necesidades de habitación, alimentación, y modificar positivamente actitudes generales que han tendido a estacionar el progreso del núcleo familiar y a incidir en el deterioro de la salud social.

Este panorama médico cubre ya un aspecto básico de los conceptos sobre la salud, y las instituciones de seguridad social se han situado como el instrumento más idóneo y realista para la meta de la salud que la Organización Mundial de la Salud preconizó en nombre de los países agrupados en la Organización de las Naciones Unidas. La asistencia médica que imparten las instituciones latinoamericanas de seguridad social ha adquirido, en forma progresiva e ininterrumpida, un carácter cada vez más definido de social. Por un lado es una expresión clara de la solidaridad social en un conglomerado humano, aplicada a disponer de recursos económicos para el financiamiento de servicios, con aportaciones individuales proporcionales a la capacidad económica de cada cotizante. Además encuentra la mejor expresión de su carácter social en una filosofía que fija sus metas en garantizar la oportunidad, la amplitud y la calidad de la atención médica en función de la necesidad real de quien requiere el servicio, sin

limitaciones secundarias a la cuantía de la aportación económica realizada por cada asegurado para el financiamiento del sistema.

Las instituciones de seguridad social en América Latina, al confrontar serios problemas para satisfacer sus requerimientos cuantitativos y cualitativos de personal para otorgar servicio médico, demuestran en los últimos años creciente interés en la formación de recursos humanos para la salud, que es una nueva función para los servicios de asistencia médica; lo que además, se vé complementado con la investigación médico social requerida para la prevención de los riesgos.

Así, la prestación médica integral de la seguridad social comprende aspectos preventivos, curativos, rehabilitatorios, compensadores, sociales, de formación de recursos humanos y de investigación médico social.

Esta aplicación de la medicina integral a sectores cada vez más amplios de la población, ha requerido necesariamente de importantes y numerosos estudios sobre las condiciones de salud de la región americana, sobre los factores que condicionan la disponibilidad y distribución de los recursos humanos y materiales, así como sobre la adopción de los procesos administrativos requeridos para la asistencia médica. Destacan por su importancia los promovidos y realizados por la Oficina Internacional del Trabajo, que en sus reuniones de Filadelfia en 1944, de Ginebra en 1952 (Norma Mínima de Seguridad Social) y de Ottawa en 1966, llegó a recomendaciones de gran utilidad para estos fines. Es notable la contribución de la Organización Panamericana de la Salud, particularmente en sus esfuerzos por lograr una mejor coordinación entre las instituciones que intervienen en la atención médica, según se expresó en las reuniones celebradas en Washington en 1965 y 1969. De particular importancia han sido las aportaciones de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, expresadas en la Mesa Redonda Mundial, en Oaxtepec, México, que en 1969 analizó con gran amplitud la Contribución de los Regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública, así como los resultados de los "Congresos Americanos de Medicina de la Seguridad Social" celebrados en enero de 1969 en México y en junio de 1970 en Colombia, bajo el auspicio de la Comisión Regional Americana Médico-Social.

En las primeras etapas de su desarrollo los seguros sociales latinoamericanos proporcionaban básicamente, o exclusivamente, atenciones de medicina curativa. Aceleradamente han pasado de esta fase inicial, de reparación de daños, a otra más amplia, conveniente y humana, en la que incluyen una función de prevención para estudiar y combatir las causas de los diversos riesgos, suprimirlas en todos los casos posibles, y evitar la producción del daño.

Es posible, entonces, considerar que los programas de asistencia médica de

la seguridad social, se encauzan hacia una atención mejor y más completa de los asegurados. Los índices de eficiencia son susceptibles de mejorarse y esta es una de las finalidades que se pretende con esta presentación.

Es oportuno enfatizar que el amplio desarrollo científico y tecnológico de la medicina, simultáneo a la extensión de los marcos políticos, económicos y legales del derecho a la salud, en nada ha invalidado el principio rector de la atención médica, la asistencia individual. El ser humano sigue siendo el sujeto de la prestación médica, y en todas las aportaciones de diversa índole para perfeccionar los procedimientos de fomento y protección a la salud deben estar dirigidos precisamente a fortalecer y garantizar la vigencia de un derecho humano.

Es de aceptación universal el hecho de que la organización de los servicios de atención médica, en determinada nación, constituyen un reflejo de la influencia de las fuerzas sociales para responder a la demanda de necesidades determinadas.

Así, la amplia variación de componentes históricos, económicos, sociales y políticos determina las modalidades de ejercicio de la atención médica en distintas épocas y en diferentes países. En el caso concreto de latinoamérica la experiencia de las últimas décadas ha probado que la inclusión de la atención médica como un componente fundamental de los regímenes de seguridad social, fue el acierto más rotundo de los pioneros en este campo de la política social, que en actos y decisiones visionarios introdujeron entre sus prestaciones más importantes la atención médica al núcleo familiar, que hoy en día, con diversas modalidades y variables de cobertura está presente en el ámbito regional.

Bastaría un análisis somero de las estadísticas que reflejan las condiciones de salud en las Américas para comprobar esta afirmación, lo cual está fuera del espíritu de esta ponencia. La Oficina Internacional del Trabajo y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, han hecho un análisis detallado del campo de cobertura médica por la seguridad en el continente americano, del cual se desprende claramente el avance y la solidez de la atención médica, en lo cualitativo y en lo cuantitativo, en los países latinoamericanos con regímenes de seguridad social que prestan servicios médicos bajo el sistema directo.

Por otro lado, diversas investigaciones han puesto claramente en evidencia la influencia de los servicios médicos de la seguridad social en la superación de los niveles de salud colectiva. Los regímenes de seguridad social en virtud de su estructura jurídica otorgan la prestación médica a población derechohabiente —los asegurados y beneficiarios— amparada por la legislación vigente. Aparentemente este

factor de cobertura selectiva se aparta de una meta ideal, del concepto de cobertura universal en virtud de un derecho humano como el derecho a la salud. Frente a la capacidad ya demostrada por la seguridad social de operar servicios de asistencia médica integral con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, ha surgido la necesidad de encontrar procedimientos que permitan dar a la población no amparada las posibilidades de disponer de recursos para alcanzar niveles comparables de atención médica, y varias organizaciones se han ocupado de analizar los mecanismos de coordinación que deben establecerse entre los seguros sociales y el resto de las estructuras comprendidas en los programas nacionales de salud.

Es de aceptación unánime que en los niveles de la prevención médica y del saneamiento ambiental así como en la construcción de la infraestructura para la salud deben comprometerse en la mayor escala posible, los recursos gubernamentales, incluyendo los de la seguridad social; y que debe promoverse la participación activa y amplia del sector privado. Asimismo ha quedado establecido que la coordinación ha de permitir, dentro de los planes nacionales de salud, un mejor aprovechamiento de los recursos para la atención médica curativa y la rehabilitación.

En resumen, en los países en vías de desarrollo, los conceptos básicos sobre seguridad social han sufrido modificaciones substanciales en los últimos lustros y han incluido dentro de su contexto la garantía de asistencia médica integral para la población amparada.

Las estadísticas reflejan claramente el crecimiento progresivo de la población cubierta por esta protección, y de ellas pueden desprenderse dos hechos fundamentales que el ritmo de crecimiento ha sido variable entre los diversos países, lo mismo que su campo de aplicación, pero existe una tendencia muy marcada a la cobertura de todo el núcleo familiar y a la extensión de la seguridad social a categorías de trabajadores no asalariados. Desde el punto de vista médico, la tendencia es hacia la atención integral, incluyendo los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

El panorama es desalentador cuando se contempla la proporción de población campesina amparada por los seguros sociales, que constituye un reducido porcentaje en las estadísticas nacionales. Por diversas razones la extensión ha estado restringida a los asalariados del campo, y a campesinos dedicados a las actividades mejor remuneradas de la agricultura tecnificada y de mayor rendimiento económico.

Dentro de la situación descrita cabe destacar que esta introducción de la seguridad social al medio rural está constituyendo el principal motivo de interés

y dedicación en el ámbito latinoamericano y que en muchos países se están estructurando procedimientos operacionales que permitan superar las restricciones en recursos disponibles, fundamentalmente las carencias de personal de salud, tanto las absolutas como las secundarias a la distribución geográfica anárquica de médicos y enfermeras; se está meditando la adopción de esquemas financieros que permitan —con un sentido realista— introducir las prestaciones de seguridad social, fundamentalmente las de salud, a núcleos campesinos cuyos niveles económicos y estratificación sociocultural, los diferencia notablemente de los conglomerados obrero-urbanos, que han sido hasta la fecha objeto fundamental de cobertura por los seguros sociales.

Al extender la seguridad social sus programas de asistencia médica ha introducido un vigoroso aliento en los programas nacionales de salud, y desde la última década es muy notable la influencia de la seguridad social y sus organismos en la problemática integral de la atención médica, desde la planeación y programación de la enseñanza en ciencias de salud, la aportación de sus instalaciones a la educación médica, y la contribución a una estructuración de los servicios médicos orientada a obtener los mejores rendimientos de los recursos disponibles.

Existen muchas reflexiones escritas sobre las ventajas y los defectos de los distintos sistemas de atención médica operantes en los seguros sociales. No es el propósito de esta ponencia su análisis detallado, pero es generalmente aceptado que los sistemas directos, en que los seguros sociales disponen de instalaciones médicas propias han sido responsables de la planeación del tipo de diversas unidades, su distribución geográfica y su regionalización, y han aportado las mejores posibilidades para la prestación de servicios médicos integrales en los niveles más elevados posibles, de calidad, eficacia, oportunidad y equilibrio financiero.

El sistema directo ofrece las mejores perspectivas para una organización racional del trabajo médico, que propicia una elevación de los rendimientos, una garantía en la calidad y la oportunidad de operar sistemas de supervisión y evaluación.

Las consideraciones anteriores ponen de manifiesto la importancia del tema "Asistencia Médica. Organización y Funcionamiento en Consulta Externa y Hospitalización", que fue encomendado por los organizadores del III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, para presentar esta información que expresa una experiencia vivida, y es un producto de la realidad en el ámbito latinoamericano.

Su análisis crítico debe conducir al perfeccionamiento de elementos de pla-

neación, organización, administración y evaluación que permitan el mejor rendimiento de los recursos disponibles para los servicios médicos y en forma progresiva y acelerada el desarrollo de una teoría y un procedimiento que vinculen estrechamente metas ideales con posibilidades prácticas, y den a la atención médica de los seguros sociales latinoamericanos un sentido humanístico y una precisión pragmática en la solución de sus problemas.

Los años transcurridos desde la iniciación de los servicios médicos en los seguros sociales latinoamericanos han permitido la adquisición de una experiencia práctica de un valor incuestionable.

En consecuencia se analizarán los procedimientos técnico administrativos para la planeación, control y evaluación de la productividad; la coordinación y racionalización para la atención progresiva del paciente; la regionalización y jerarquización de los niveles de atención médica; las normas para lograr la uniformidad técnica y elevar la calidad de los servicios en consulta externa y hospitalización, y las especificaciones principales para organizar sistemas nacionales de asistencia médica integral en la seguridad social.

II. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE RECURSOS PARA LA ASISTENCIA MEDICA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.

Las instituciones de seguridad social de los países latinoamericanos, que en su mayoría tienen la característica de otorgar servicios médicos por el sistema directo, —con personal y unidades propias—, han implantado normas y procedimientos de organización con la finalidad de utilizar mejor sus recursos. Su aplicación se ha constituido en factor fundamental para perfeccionar la administración y optimizar la eficiencia de la atención médica; lo anterior permite que se mencionen a continuación, normas y procedimientos importantes, que al generalizarse, han constituido tendencias propias de los seguros sociales en la región americana para lograr la mejor organización y funcionamiento de sus servicios médicos:

- Estudio permanente del volumen y costo de las prestaciones de enfermedad general, maternidad y riesgos de trabajo.
- Formulación de cuadros básicos de medicamentos, instrumental, equipo y personal.
- Planeación para la construcción de unidades médicas y programas de mantenimiento de instalaciones y equipo.

- Supervisión para la evaluación técnico administrativa de la calidad de los servicios médicos y el análisis de la productividad.
- Enseñanza y capacitación continuada del personal en servicio y participación en los programas docentes para la salud en general.
- Coordinación de las actividades de salud, asistencia y seguridad social con los ministerios de salud pública y otras instituciones de servicios médico sociales.

Con el propósito de disponer de información proporcionada por varios países y dar esta ponencia un contenido, que permita señalar en sus resultados orientaciones de aplicación para la organización y funcionamiento de la consulta externa y hospitalización y en general de los servicios médicos de la seguridad social, de acuerdo con la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, se envió un cuestionario sobre los siguientes capítulos:

- Información general: número de instituciones; población protegida; estadística de consulta externa, hospitalización y servicios de diagnóstico y tratamiento; número de camas; personal y clasificación según ocupación; total de egresos en unidades hospitalarias y días estancia; casos terminados de subsidios y número de días subsidiados; número de médicos en consulta externa y en hospitales, jornadas de trabajo y clasificación por especialidades.

Muy importante se consideró solicitar información específica sobre los siguientes aspectos básicos de organización de los servicios médicos:

- Consulta externa de medicina general
- Consulta externa de especialidades
- Consulta externa de odontología
- Atención domiciliaria
- Servicios de Urgencia
- Hospitalización
- Servicios Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Prestación farmacéutica
- Certificados de incapacidad temporal para el trabajo
- Archivo clínico y control de prestaciones
- Enfermería
- Trabajo médico social
- Dietología
- Supervisión

- Evaluación médica
- Selección y contratación de personal

Se obtuvieron así datos de países que imparten sus servicios médicos por el sistema directo, que tienen como política la aplicación de una medicina integral y que conceden prioridad a la organización para utilizar mejor sus recursos destinados a la consulta externa o para pacientes ambulatorios y coordinarlos con los servicios de hospital, para estructurar una planeación que permita con base a la demanda de servicios determinar el número de instalaciones necesarias, el personal adecuado para establecer módulos e índices acertados, encontrar los mejores procedimientos de apoyo en la regionalización justificada y como tendencia administrativa, optimizar la utilización de todos los elementos que integran los servicios médicos.

Se recibieron aportaciones de seis países: Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela. Lo anterior permite que en el desarrollo de esta ponencia se aproveche ese material, para que su contenido presente aspectos interesantes que ponga de manifiesto el consenso de la tendencia responsable de las instituciones de seguridad social, de encontrar y perfeccionar en forma dinámica la organización y funcionamiento de los servicios médicos, dando prioridad a la consulta externa y a la atención hospitalaria que son factores principales en la satisfacción de la demanda de servicios y elementos básicos para la aplicación integral de la medicina moderna, con una dimensión social que se proyecte al núcleo familiar y a la comunidad.

Resumen de las respuestas a los Cuestionarios

En forma resumida se presentan los principales datos reportados.

Sólo un país, informa no contratar médicos a tiempo completo. El resto sí los contrata, y el criterio de jornada completa varía entre 6 y 8 horas.

En tres países el número de especialidades reportado es superior al de los médicos generales; en dos es prácticamente igual, y solo en uno es inferior.

CUADRO No. 1

POBLACION TOTAL Y AMPARADA POR INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL EN ALGUNOS PAISES LATINO-AMERICANOS
1 9 7 0

Costa Rica	1,830,000	915,173	50%
Guatemala	2,188,981	563,593	25.7%
México	48,381,543	12,317,347	25.8%
Nicaragua	1,947,924	139,277	7.0%
Panamá	1,428,082	312,922	21.9%
Venezuela	10,398,907	2,217,593	21.3%

Fuente: Datos proporcionados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Información General, 1972.

- En cuanto a la atención de medicina general, en consulta externa o ambulatoria, para la población adulta y de menores, en algunos países es el mismo médico el que atiende tanto a una como a otra población. La situación es diferente en otros, donde la atención es separada: hay médicos para adultos y médicos para menores. Las diferencias dependen de las circunstancias particulares del país, o de los recursos de que se dispone.
- La mayoría de las respuestas coinciden en que no se da libre elección a los usuarios para acudir con el médico de su preferencia, algunos países, sin embargo, sí recurren a este procedimiento en circunstancias especiales.
- Es difícil interpretar la variabilidad extraordinaria de las respuestas por lo que se refiere al número de historias clínicas elaboradas mensualmente por el médico ya que oscila entre 4.8 hasta 160.
- En tres de los países, el médico general y el especialista no participan en actividades de medicina preventiva. Existe la tendencia a estimular la importancia de la prevención, como parte de los problemas de medicina integral encomendados al médico general o familiar.
- Se aprecian también diferencias, por lo que toca a la atención prenatal: algunas respuestas señalan que dicha consulta es proporcionada por especialistas gineco-obstetras; en otros casos, se hace en forma combinada por el médico general y el especialista; y en otros más, es proporcionada precisamente por el médico general.
- A la pregunta de número de derechohabientes adscritos a un sólo médico, se respondió que tal cifra oscila entre los 1200 y los 2500 derechohabientes; pero algunos de los países no precisan que exista adscripción fija.
- Prácticamente en todos los países ha quedado establecido el sistema de cita previa para la atención médica; sin embargo los porcentajes de cumplimiento a la cita son variables, desde el 20 hasta el 60%.
- Los datos obtenidos revelan que en todas las unidades médicas de consulta externa se dispone de médicos especialistas, sea en la propia unidad, o en otras de mayor importancia, y es el médico general quien envía al paciente con el especialista correspondiente.
- De hecho, todos los institutos de seguridad social requieren la colaboración de servicios subrogados para el otorgamiento de algunas especialidades.

CUADRO No. 2

PROPORCION DE FAMILIARES PROTEGIDOS
POR CADA ASEGURADO EN DIVERSOS
PAISES LATINO-AMERICANOS

1 9 7 0

P A I S	% FAMILIARES PROTEGIDOS
Costa Rica	2.04
Guatemala	0.26
México	2.04
Nicaragua	0.46
Panamá	0.64
Venezuela	2.5

* Exclusivamente del I.M.S.S.

Fuente: Datos proporcionados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Tabulación No. 1. 1972.

- Los médicos especialistas como los médicos generales, recurren al procedimiento de cita previa; los porcentajes de cumplimiento a las citas previas son muy variables.
- Se preguntó el número promedio de pacientes atendidos por médicos generales en una hora: las respuestas señalan de 2.2 a 5.
- Las especialidades más solicitadas en base a las contestaciones recibidas son: oftalmología, otorrinolaringología, gineco-obstetricia, pediatría, traumatología y dermatología.
- No todos los países poseen índices de requerimientos de especialistas. Este hecho quizá explique los datos obtenidos.
- Sólo un país no tiene establecido, dentro de sus servicios médicos, atención por médicos generales, precisamente los mismos que atienden al paciente en las unidades de consulta externa. En algunos se cuenta con médicos dedicados exclusivamente a la atención domiciliaria.
- El número promedio de visitas por hora varía desde 0.5 hasta 3.
- De acuerdo con los datos obtenidos, todos los países disponen de servicios de urgencias en sus unidades médicas. Algunos requieren para reforzar este tipo de atención, de servicios oficiales o privados.
- La atención en urgencias se proporciona, en la totalidad de los países tanto a la población asegurada como a la que no lo es.
- Existen servicios odontológicos en todas las unidades, los que laboran con horarios variables de acuerdo con las condiciones de cada unidad, trabajan en sistema de cita previa; pero en este caso, al igual que en los otros servicios, el porcentaje de cumplimiento a las citas es muy variable.
- Es muy positivo constatar que al frente de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento de los que disponen las unidades, se encuentra personal profesional capacitado.
- Sólo en forma muy limitada se requiere el auxilio de servicios contratados para satisfacer las necesidades de exámenes de laboratorio.

CUADRO No. 3
EVALUACION DE ASEGURADOS COTIZANTES
Y PENSIONADOS
EN DIVERSOS PAISES LATINO-AMERICANOS

1 9 7 0

PAISES	RELACION
Costa Rica	Un pensionado por 50.88 asegurados.
Guatemala	Un pensionado por 15.03 asegurados.
Nicaragua	Un pensionado por 89.6 asegurados.
Panamá	Un pensionado por 13.4 asegurados.

Fuente: Datos proporcionados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Tabulación No. 1.

- Igual observación puede hacerse de los servicios radiológicos. Se dispone de ellos; pero en ocasiones se requiere la colaboración de otras instituciones.
- Las unidades médicas tienen adscritos servicios de farmacia. No se reporta la necesidad de subrogación en este renglón.
- Las prescripciones médicas se ajustan a cuadros básicos, y en la mayor parte de los países se cuenta con control de calidad de los medicamentos.
- Todas las instituciones encuestadas requieren, en mayor o menor grado, de subrogación en sus servicios de hospitalización.
- Sólo algunas disponen de índices para internamiento en las ramas de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Igual puede decirse de los requerimientos de camas de hospital por 1000 derechohabientes, dato del que carecen algunos países.
- Se tienen índices de necesidades para personal de enfermería y auxiliares. Muchas instituciones tienen escuelas propias para preparación de auxiliares de enfermería; algunas también para enfermeras.
- Todas las unidades cuentan con servicios de trabajo social; pero sólo en algunos casos, se llevan a cabo actividades extramurales de salud pública.
- No se reportan índices de requerimientos para esta categoría de personal en la mayor parte de los países.
- Es importante constatar que la totalidad de los países se ajustan, para la codificación de enfermedades, a la Nomenclatura Internacional de la Organización Mundial de la Salud.
- Es insuficiente el número de unidades médicas en los distintos países, en especial en lo que se refiere a unidades hospitalarias. Por esta razón se necesita recurrir, como ya se dijo anteriormente, a los servicios proporcionados por otras instituciones.
- En cuanto a la población atendida todos ellos incluyen en la prestación médica a la esposa y a los hijos, aunque con muy diferentes esquemas de protección.
- Por ejemplo, en algunos países sólo se atiende a la esposa, o compañera durante el embarazo y el parto; a los hijos, en algunos casos hasta los 2

CUADRO No. 4
PERSONAS OCUPADAS EN LOS SERVICIOS
MÉDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
EN LOS PAÍSES QUE SE INDICAN

1 9 7 0

OCUPACION	COSTA RICA	GUATE- MALA	MEXICO*	NICARA- GUA	PANAMA	VENE- ZUELA
Médicos Generales	237	214	3,653	80	174	1,084
Médicos especialistas	204	254	2,873	137	261	1,032
Dentistas	65	26	520	39	67	499
Est. Profesional o Técnica	—	32	2,792	61	—	—
Enfermera(o)s	243	275	6,407	106	259	787
Aux. Enfermería	584	854	11,231	463	465	2,619
Parteras	31	35	165	3	—	—
Farmacéuticos	41	1	1,154	8	53	56
Técnicos de Laboratorio	28	72	582	25	128	297
Técnicos de Rayos X	24	37	237	16	33	160
Sanitaristas	25	—	137	—	—	—
Otro personal	501	1,082	22,485	16	1,447	6,649
TOTAL	1,983	2,882	52,038	951	2,887	13,183

* Exclusivamente del I.M.S.S.

Fuente: Datos proporcionados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Tabulación No. 4. 1972.

años, en otros hasta los 10 y en otros más hasta 16 o 18 años. En algunos países se proporciona atención médica a los padres dependientes del asegurado.

- Todas las instituciones llevan a cabo supervisión de sus actividades médicas, disponiendo de personal especial para este tipo de labor. Igual puede decirse de la evaluación, aunque difieren en los procedimientos establecidos.
- Todas las respuestas coinciden en reportar que se hace una conveniente selección del personal, estableciéndose requisitos que necesariamente son distintos para cada categoría de trabajadores.
- La capacitación del personal en servicio es limitada y se realiza en algunos grupos auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, personal administrativo. Sólo en algunos casos se incluye la actualización permanente del personal médico o de enfermería.
- Es muy difícil formular conclusiones del estudio comparativo de las respuestas obtenidas de los seis países mencionados. Sin embargo pueden adelantarse algunas consideraciones que permiten señalar procedimientos de aplicación general, que redundarán en aportaciones muy útiles para la organización y funcionamiento de la consulta externa y hospitalización. A continuación se mencionan los más importantes:
- Determinar indicadores generales de personal médico y de enfermería, tanto para consulta externa como para hospitalización; de índices de ocupación de camas en los distintos tipos de unidades hospitalarias; indicadores de rendimiento, de costo y otros.
- Promover la mayor participación de todo el personal en las actividades médico preventivas.
- Uniformar el criterio de la atención prenatal como responsabilidad del médico general, con la colaboración de personal de enfermería, de trabajo social y sus auxiliares.
- Intensificar la educación de la población derechohabiente para obtener mejores porcentajes en el cumplimiento de la cita previa.
- Propiciar que la atención a domicilio la proporcione el mismo médico de consulta externa, para fomentar la práctica de una medicina integral proyectada a la comunidad.

- Incrementar la construcción de unidades médicas directas, a fin de disminuir a límites razonables la subrogación.
- Establecer controles de calidad de los medicamentos.
- Ampliar la protección médica a los beneficiarios para dar mayor proyección a la salud del núcleo familiar.
- Uniformar los procedimientos de selección, de supervisión y evaluación de la atención médica.
- Incrementar al máximo la capacitación y actualización del personal de salud, a todos los niveles.

III.—ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

En las instituciones de seguridad social en América Latina, existe el propósito de mejorar progresivamente la organización de sus servicios médicos, hasta alcanzar una prestación médica integral.

Se acepta que la atención médica debe proyectarse con la mayor amplitud a los núcleos familiares y a la colectividad, requisito sin el cuál la labor sería incompleta y reduciría la importancia de su participación en la política nacional de la salud.

Actualmente se dá gran importancia a las condiciones del medio, y se sostiene que los factores ambientales tienen tanta o más influencia en la salud y bienestar de los individuos que los genéticos.

En otras palabras, la acción médica no será integral de no intervenir en forma activa en el camino de factores desfavorables del ambiente y en el incremento de los favorables.

Se reconoce que los servicios médicos deben tender a la mayor cobertura posible de la población, para influir positivamente en el desarrollo económico y social de un país. Esto no será posible, particularmente en los países en desarrollo, sino a través de una adecuada coordinación entre todas las instituciones de salud que contemple, además, la necesaria regionalización de los servicios y la jerarquización de los mismos.

El otorgamiento de las prestaciones médicas por el sistema directo favorece al máximo la realización de todos los aspectos señalados.

Al considerar la organización de los servicios médicos, deben establecerse en primer término, los elementos básicos de la asistencia médica y las características esenciales de los servicios médicos.

Es necesario considerar otros aspectos referentes a la atención médica. Es igualmente importante la selección del personal, su orientación social y educación doctrinal, tanto como su preparación técnica científica, la supervisión y la evaluación de sus actividades, y la actualización permanente que promueva una mayor eficacia en su labor y la superación de su preparación profesional.

Junto con los aspectos mencionados ha de considerarse la disponibilidad de instalaciones médicas suficientes y adecuadas, dotadas del equipo necesario y coordinadas entre sí para proporcionar atención médica de la mejor calidad.

Los puntos señalados son bien conocidos, unánimemente aceptados en las instituciones de los países latinoamericanos de seguridad social. Lo que justifica que este documento, preparado por petición de la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, conceda especial importancia a la revisión de los elementos básicos para la organización de los servicios médicos, y enfatice los factores que permiten utilizar mejor los recursos disponibles y, consecuentemente, extender la seguridad social a sectores de población no cubiertos.

Es posible que esta aportación permita encontrar nuevas tendencias en la planeación, organización y administración de los servicios médicos que suprima omisiones del pasado.

El propósito de este capítulo es presentar sugerencias para la organización y funcionamiento de servicios médicos directos, basados en la experiencia regional latinoamericana.

Debe insistirse en que se trata de sugerencias de carácter general, como para su aplicación particular deberán enmarcarse en las características reales, culturales, socio económicas y políticas de cada país.

1.—*Elementos básicos de la asistencia médica*

Personal de Salud

El médico general o médico de familia constituye el eje alrededor del cual actúa el resto del personal médico.

En las últimas décadas ha existido una tendencia clara, en los programas

CUADRO No. 5

PERSONAS OCUPADAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE
 INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL POR CADA 1,000
 DERECHOHABIENTES EN LOS PAISES QUE SE INDICAN.

1 9 7 0

PAIS	PERSONAL TOTAL	MEDICOS**	DENTISTAS	ENFERME- RAS.***	OTROS
Costa Rica	2.16	0.48	0.07	0.90	0.71
Guatemala	5.11	0.83	0.04	2.00	2.23
México*	5.48	0.88	0.05	1.78	2.77
Nicaragua	6.85	1.55	0.28	4.09	0.93
Panamá	9.23	1.29	0.22	2.31	5.31
Venezuela	5.95	0.95	0.23	1.54	3.23

218

* Exclusivamente del I.M.S.S.

** Médicos generales y especialistas.

*** Enfermeras recibidas y Auxiliares de Enfermería.

Fuente: Datos proporcionados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Tabulación No. 4. 1972.

universitarios de educación médica de pregrado para fortalecer la formación de médicos generales.

También en los programas de post-grado, particularmente en las instituciones de seguridad social se ha dado preferencia a la actualización permanente y a la formación básica del médico de familia o general.

Los médicos familiares o generales tienen a su cargo, como meta ideal la atención permanente de un grupo de población puesta bajo su cuidado, y disponen de la colaboración de los servicios de especialidades para la solución de los problemas diagnósticos o terapéuticos que requieren de conocimientos y recursos particulares. Así mismo tienen encomendada la importante labor de orientar a las familias en todos los aspectos de la vida diaria capaces de influir, positiva o negativamente sobre la salud de sus miembros.

El médico general, para los propósitos descritos, debe tener una adecuada preparación científica, una definida actitud de servicio y un propósito de superación permanente por el estudio.

Debe conocer cuáles son los principales problemas de salud en su país y los recursos para atacarlos, tener una amplia orientación en medicina social y la personalidad adecuada para formar parte del equipo de trabajadores de la salud que colaborarán con él en la atención de la población a su cuidado, asumiendo la dirección y coordinación de sus labores.

En este grupo es muy importante el sanitarista, quien debe promover la participación de médicos y enfermeras en actividades preventivas intramurales, proporcionando la asesoría específica necesaria.

Otros elementos del personal de salud, son igualmente importantes en los servicios médicos:

La enfermera, colaboradora básica del médico, tiene una responsabilidad importante en el equipo institucional de salud, y sus servicios profesionales se utilizan fundamentalmente en unidades médicas.

Las auxiliares de enfermería, con una preparación adecuada para la atención médica no profesional, se emplean en consulta externa y hospitalización, bajo la supervisión de enfermeras profesionales.

La carencia de personal profesional de enfermería es una característica de la mayor parte de los países, especialmente de aquellos en vías de desarrollo. Esto

ha hecho indispensable el empleo de enfermeras prácticas o auxiliares de enfermería, para facilitar al personal profesional médico y de enfermería, que dedique preferentemente sus actitudes a actividades de mayor responsabilidad.

En el medio rural es más marcada la insuficiencia de enfermeras profesionales; en muchos países se observa la política de adiestrar enfermeras prácticas para una participación activa en los programas de salud, con la recomendación de preferir a personas oriundas y radicadas en la región. Su importancia es grande y favorecen aumentar el rendimiento.

El personal paramédico comprende al administrador y todo el personal de otros niveles y funciones: archivo, estadística, cocina, lavandería, intendencia y otros. Todas las labores correspondientes son muy importantes.

Dentro del personal auxiliar en las unidades médicas, particularmente en los hospitales, tiene gran importancia el de mantenimiento de instalaciones y equipo, elementos básicos para el funcionamiento oportuno y eficiente de numerosos pasos en la atención médica, cuyo entorpecimiento redundaría en elevación de costos y disminución de productividad.

En forma similar debe destacarse la importancia de que el personal de transportes sea debidamente capacitado para sus funciones, y las cumpla a satisfacción, con adecuadas relaciones humanas y compenetrado de la importancia de sus servicios para garantizar la oportunidad en la atención médica de numerosos casos.

En la actualidad no puede aceptarse una prestación médica adecuada y de calidad, si no se dispone del personal técnico responsable de los servicios auxiliares: laboratorio, rayos X, dietología, farmacia y otros.

El personal de trabajo social orienta a la población amparada para la utilización de los servicios médicos además, conjuntamente con el personal de enfermería y de auxiliares, participa en labores de información y de educación, tanto en las propias unidades como en el hogar. Su actividad debe estar orientada y supervisada por el médico.

Unidades médicas.

Un elemento de máxima importancia para la atención médica lo constituyen la dotación de instalaciones adecuadas. Estas pueden ser de diverso tipo, según los modelos o esquemas de organización que se adopten.

CUADRO No. 6

NUMERO DE UNIDADES MEDICAS EN INSTITUCIONES DE
SEGURIDAD SOCIAL SEGUN TIPO DE UNIDAD Y CAMAS
EN DIVERSOS PAISES LATINO-AMERICANOS.

1 9 7 0

TIPO DE UNIDADES MEDICAS Y CAMAS.	P A I S E S					
	COSTA RICA	GUATE- MALA	MEXICO*	NICARA- GUA	PANAMA	VENE- ZUELA
Número de Unidades Médicas	47	59	834	15	17	124
Número de camas	1,413	2,028	15,893	565	475	6,205
Cunas de recién nacidos sanos.	100	248	3,528	89	47	530
Consultorios	362	179	4,996	10	264	385

* Exclusivamente del I.M.S.S.

Fuente: Datos proporcionados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Tabulación No. 3. 1972.

De fundamental importancia es enfatizar que las unidades médicas deben ser específicamente planeadas para satisfacer la demanda de servicios generada por la población amparada y que de un análisis realista de esas necesidades deben surgir los principios básicos de una planeación adecuada que, aunque comprendidos dentro de normas generales de aceptación universal, deben ser adecuados a las características particulares de la población por atender.

En América Latina los seguros sociales que operan sus servicios médicos bajo el sistema directo, favorecen, según lo demuestra la encuesta realizada, la adopción de tipos de unidades para la operación de un sistema coordinado, que permita establecer niveles de atención médica y emplear racionalmente los recursos disponibles, evitando duplicaciones o multiplicaciones en instalaciones y personal, que necesariamente elevan los costos de la atención médica.

Así, es una política general establecer servicios de consulta externa o ambulatoria y servicios de hospitalización, que mediante un sistema de regionalización y jerarquización de necesidades, permitan la máxima funcionalidad con un costo equilibrado.

La unidad médica básica para consulta ambulatoria o externa se planea en función de la concentración demográfica de población amparada en determinada zona o región. Es usual que esta unidad esté dotada con el personal adecuado para la atención de medicina general, medicina preventiva y atención de urgencias. En función del volumen de la población adscrita a una unidad se pueden incluir o no, consultantes para las especialidades de mayor demanda. Esta unidad básica puede servir de apoyo a unidades más pequeñas, situadas en el área rural, en fábricas, talleres y otras condiciones similares.

A su vez esas unidades de consulta ambulatoria pueden estar dotadas de servicios de hospital, para dos finalidades básicas: una de ellas la solución de problemas de cirugía que no requieran dotación de altos recursos en personal y equipos, y que normalmente son considerados como cirugía menor y generan hospitalización de corta estancia. La otra finalidad, habitualmente en función de su ubicación geográfica es la hospitalización de traslado para el envío de los pacientes a unidades médicas dotadas con mejores recursos.

En ambos casos estos servicios de hospitalización se utilizan también para la atención de urgencias.

En México, el criterio general es la construcción de hospitales generales para concentración entre 30 mil y 100 mil derechohabientes, en unidades dotadas con personal y recursos adecuados para la atención normal en cirugía,

medicina, pediatría y gineoc-obstetricia, así como las especialidades de mayor demanda de acuerdo con la experiencia institucional.

Este tipo de hospitales generales ha adquirido en México la modalidad de reunir en la misma instalación los servicios de consulta externa del sistema médico familiar, por lo que reciben la denominación de Clínica Hospital, para el servicio de concentración mayor de cien mil derechohabientes, en unidades dotadas con personal y recursos adecuados para la atención normal en cirugía, medicina, pediatría y gineco-obstetricia y pediatría.

Cuando la demanda de servicios en determinado terreno alcanza cierta amplitud, por ejemplo, en pediatría y obstetricia, se ha preferido la construcción de hospitales de especialidad, dotadas de altos recursos para la atención de todos los problemas que se presenten.

En otras ocasiones los hospitales de una especialidad o varias especialidades se justifican como centros de concentración regional o nacional, para la agupación de recursos humanos y materiales de una especialidad, por ejemplo en oncología, cirugía del corazón y otros.

Finalmente desde un punto de vista operacional se ha establecido la construcción de centros médicos, que agrupan en un área física concreta varios hospitales de especialidad o especialidades, para cubrir en forma amplia todo el ámbito de la medicina actual en instalaciones dotadas de personal y equipo adecuado para los niveles más altos del ejercicio de la atención médica. Una estructuración de las unidades como lo establecen en el IMSS, ha probado el mérito de su funcionalidad, y simultáneamente su aprovechamiento en la organización y desarrollo de actividades docentes y académicas en niveles adecuados.

Por otro lado los análisis de costos han permitido valorar que el establecimiento de diferentes tipos de unidades en función de la demanda de servicios permita una relación mejor entre el tipo de atención médica requerida por el derechohabiente y el costo real de la misma; es decir favorecen simultáneamente con este sistema la funcionalidad, el costo y el desarrollo de actividad colaterales de gran importancia e interés que son la docencia y la investigación

Independientemente de la experiencia ajena, es obvio que lo básico es apoyarse para la planeación en circunstancias reales de las necesidades en una localidad, en una región y en el país, para adecuar en una forma racional las instalaciones con las necesidades.

El análisis juicioso y permanente de los elementos estadísticos generados

CUADRO No. 7

TOTAL DE CAMAS Y CONSULTORIOS POR CADA 1,000
DERECHOHABIENTES EN LOS PAISES LATINO-AMERICANOS
QUE SE INDICAN

1 9 7 0

PAISES	CAMAS	CONSUL- TORIOS
Costa Rica	1.8	0.4
Guatemala	4.2	0.3
México*	2.2	0.5
Nicaragua	5.3	
Panamá	1.2	0.8
Venezuela	3.0	0.15

* Exclusivamente del I.M.S.S.

Fuente: Datos reportados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité
Permanente Interamericano de Seguridad Social. Tabulación No. 3.
1972.

en la operación de los servicios médicos, permite establecer una serie de indicadores, que justifiquen previsiones y den puntos de apoyo sólido a la planeación del tipo y número de unidades requeridas, a la coordinación entre las mismas, y, como meta última, a establecer una sistema regional o nacional que satisfaga el volumen de la demanda, garantizando la calidad, propiciando la oportunidad de acceso al servicio médico requerido y el equilibrio al costo de operación.

Lo anterior permite enfatizar que cada localidad, región o país, debe desarrollar sus propios criterios de planeación de unidades médicas, aprovechando las experiencias ajenas para tomar de ellas lo que pueda ser útil, y evitando el simple traslado de esquemas ajenos si esos seguros sociales no se ajustan a las condiciones particulares de una región o país.

Prestaciones farmacéuticas, instrumental y equipo.

Un importante elemento en la atención médica es la prestación farmacéutica. Actualmente un porcentaje muy elevado de los medicamentos son producidos por la industria farmacéutica y los seguros sociales deben comprobar la calidad y eficacia terapéutica de esos productos y adquirirlos en las condiciones de precio más favorables.

Por lo anterior se establecen controles de calidad y cuadros básicos de medicamentos y equipos, lo cual facilita que los seguros sociales adquieran, por sistemas de licitación, concursos o similares, los mejores productos en las mejores condiciones económicas.

Dos características importantes de un cuadro básico de medicamentos deben ser apuntados. Uno de ellos es su aspecto dinámico, en que todo el cuerpo médico de la institución, está facultado, comprometido y responsabilizado, en lo profesional y en lo moral, a aportar sus conocimientos y experiencias para el perfeccionamiento permanente del cuadro básico, propiciando la selección de los fármacos adecuados. Lo mismo puede ser dicho a propósito de materiales y equipos.

En forma similar en cada institución se han hecho evidentes las ventajas de que la prescripción médica se haga empleando los nombres genéricos científicos de los productos, en vez de los nombres comerciales. Este procedimiento optimiza las posibilidades para un seguro social de obtener de la industria farmacéutica lo mejor y a los precios más justos.

T r a n s p o r t e s

De gran importancia en la finalidad de un sistema de unidad médica es la disponibilidad de medios de transporte adecuados para el traslado de pacientes que por sí mismos no pueden dirigirse de una unidad a otra. Este elemento debe ser debidamente valorado y considerado tanto para planear el tipo y ubicación de unidades como para adquirir el número y el tipo de unidades de transporte que sean necesarios para la demanda prevista.

2. Características esenciales de los Servicios Médicos.

La organización y programación de los servicios médicos tienen por finalidad el empleo racional de los elementos disponibles para la atención médica. Algunos aspectos fundamentales son los siguientes: accesibilidad, oportunidad, calidad, continuidad y eficacia.

Accesibilidad y oportunidad.

Esta característica considera la adecuada ubicación de las instalaciones y la funcionalidad. Se basa en la adecuada ubicación y de las instalaciones y la funcionalidad de las mismas; prevee factores de distancia, vialidad, medios de transporte ordinarios y planeación arquitectónica que favorezca la agilidad y coordinación de todos los servicios.

La organización de la atención médica en niveles favorece el acceso y la oportunidad de la atención médica. El establecimiento de un 1er. nivel de consulta a cargo de la medicina general, o familiar, y las relaciones institucionales entre éste y los niveles de especialidades, han comprobado sus méritos con el experiencia, y redundan en una atención completa, ágil y fluída, que evite al máximo la utilización anárquica de los recursos y, consecuentemente, la elevación exagerada de los costos.

Calidad

La calidad de la atención médica es un concepto con varios componentes. El más tradicional de ellos, cuyo valor permanece actualmente, es el valor intrínseco de cada acto médico, en tanto debe ser puesto en beneficio del paciente el conocimiento máximo que cada médico posee. Otros factores de calidad son igualmente importantes, como la oportunidad con que se presta el servicio, la selección de apoyos y colaboraciones institucionales, el empleo racional de los recursos económicos y eminentemente subjetivos, pero del más alto nivel social, el mantenimiento de una actividad que dentro de lo profesional sea preferentemente humana, de comprensión y auxilio al paciente en su plena dignidad de hombre.

CUADRO No. 8

CONSULTAS EXTERNAS POR DERECHOHABIENTE
EN LOS PAISES QUE SE INDICAN

1 9 7 0

PAISES	CONSULTA POR DERECHOHABIENTE 1970.
Guatemala	1.1
México*	3.4
Nicaragua	6.7
Panamá	3.1
Venezuela	4.5

* Exclusivamente del I.M.S.S.

Fuente: Datos reportados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Tabulación No. 2. 1972.

Continuidad.

La continuidad en la atención médica está estrechamente relacionada con una planeación correcta de los tipos de unidades médicas y con la programación de sus diversos servicios. Es permitido delinear los niveles de la atención médica y favorecer en beneficio de cada paciente el empleo de los recursos más adecuados para la atención concreta de un padecimiento. Concomitantemente evita o tiende a evitar la duplicidad en el empleo de recursos y de horas-personal, y asegura para el enfermo mejores posibilidades de atención oportuna.

Eficiencia.

Puede definirse como el resultado del aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles.

La eficiencia de los servicios, además de una planeación adecuada y de una programación de los elementos humanos requiere de la actividad eminente de factores humanos; destacan por su importancia la del personal médico y paramédico.

A este respecto es conveniente establecer una política de salarios que satisfaga las justas aspiraciones de bienestar del personal, y promueva una serie de estímulos no pecuniarios, de valor imponderable que tradicionalmente han estado ligados, entre nosotros, al trabajo intelectual. Así, cada día es más aparente el beneficio que se obtiene al propiciar que el personal médico, de enfermería, de gabinetes y laboratorios, de actividades diversas y de otros trabajos eminentemente intelectuales, tenga en sus propias instalaciones un medio para actualizar permanentemente sus conocimientos, la posibilidad de investigación clínica y básica, de impartición de docencia, de utilización de los implementos tecnológicos y avances científicos y, concomitantemente de ampliar su formación cultural con el estudio de disciplinas humanísticas que le permitan una mejor comprensión de los problemas sociales y económicos y de la importancia de la política de seguridad social desde el punto de vista médico, con una panorámica en sus actividades personales que va más allá del tratamiento de enfermos y alcanza los perfiles de una medicina integral que se preocupa también de los riesgos biológicos y económicos.

3. *Asistencia médica en consulta externa y hospitalización.*

La atención médica se imparte en dos tipos de unidades:

Las de consulta externa y las de hospitalización.

3.1 *Unidades Médicas.*

Las unidades de consulta externa pueden tener diferentes características, según el objetivo al que se destinen. La variación puede ser bastante amplia en relación a las necesidades locales o regionales y tomando en consideración las disponibilidades de recursos, los usos y las costumbres.

En lo general pueden existir unidades destinadas exclusivamente a consulta externa, y estas pueden dar servicio de medicina general y especialidades o en ocasiones preferirse una separación entre clínicas de medicina general y clínicas de especialidades. Además en algunos países se ha hecho dotar a esas clínicas con algún número de camas de hospitalización de breve estancia, utilizables básicamente para la solución de problemas de pequeña cirugía, que no requieren de instalaciones con altos recursos. Esta última circunstancia, ha probado su utilidad, al permitir una disminución importante en el envío de pacientes para atenciones quirúrgicas menores a unidades hospitalarias de concentración, donde los costos operacionales son considerablemente más elevados.

Es recomendable, en función de la experiencia adquirida, que las unidades de consulta externa estén dotadas de servicios de urgencias, de medicina preventiva y de medicina ocupacional, trabajo social, y de todos los auxilios normales de diagnóstico y tratamiento, de los servicios técnicos administrativos que permiten su enlace preciso con el resto de unidades en una zona o región, para los fines de hospitalización y consulta de especialidades.

También es recomendable que las unidades de consulta externa correspondan a una zona de adscripción tomando como base el domicilio de los asegurados y beneficiarios.

Los servicios de hospitalización pueden situarse en unidades de distintas categorías, según la cuantía de la población por atender y los niveles de atención médica a que estén destinados.

En relación con lo anterior es conveniente, una vez más, insistir en la necesidad de no adoptar modelos de planeación que no correspondan a la realidad socio médica de cada región o país. Las experiencias ajenas son muy variadas y deben ser juiciosamente ponderadas como puntos de referencia para las planeaciones propias.

Así el Instituto ha desarrollado los siguientes modelos de organización en sus unidades médicas:

- 1o. Centros médicos, que comprenden el agrupamiento arquitectónico de varios hospitales de distintas especialidades, autosuficientes y con dotación de altos recursos para el desarrollo de todas las especialidades necesarias. Estos centros médicos son unidades de concentración regional, y algunas especialidades nacionales, y se planean para dar servicio a más de un millón de derechohabientes. Además cumple una función básica en la investigación médica y en la docencia superior de postgrado.
- 2o. Hospitales de concentración, general o de especialidad o especialidades, también como unidades de concentración para dar servicio a más de cien mil y hasta un millón de derechohabientes. La determinación de una o varias especialidades en un hospital o su carácter de general, se hace en función de la demanda de servicios previstos por medio de los indicadores que la experiencia institucional ha permitido desarrollar en el curso de los años. Están dotados de altos recursos de especialidad y cumplen el mismo papel de investigación y enseñanza que los centros médicos.
- 3o. Clínicas Hospital tipo 1, planeadas para dar servicio integral de medicina familiar, y algunas especialidades a poblaciones entre cincuenta mil y cien mil derechohabientes, que tienen su adscripción al servicio de medicina familiar en la misma unidad.

La dotación de especialidades se hace en función de los requerimientos previstos para distintas zonas o regiones del país. Están dotadas de recursos normales para la atención médica.

- 4o. Clínica Hospital T-2, semejante en todo a las anteriores y planeadas para dar servicio a concentración de veinte mil a cincuenta mil derechohabientes, y con las especialidades básicas de mayor demanda.
- 5o. Clínica Hospital T-3, con estructura general semejante a las anteriores y que operan fundamentalmente en zonas semi-urbanas y dan servicio a núcleos de diez mil a veinte mil derechohabientes.
- 6o. Complementando a lo anterior algunas unidades que solamente ofrecen servicio de consulta externa o ambulatoria. En el sistema

médico familiar estas son fundamentalmente necesarias en las grandes ciudades, atienden a una población adscrita hasta de cien mil derechohabientes.

- 7o. Finalmente existen en el área rural y en aquellos sitios donde hay un número muy corto de derechohabientes, pequeñas clínicas del sistema médico familiar, con camas de tránsito.

El sistema descrito basa su funcionalidad en una correcta estructuración de los niveles de la atención médica, que fueron mencionados en otra parte de esta ponencia, pero aquí es necesario enfatizar que el concepto fundamental de su operación es la estructura del sistema médico familiar, que se apoya y complementa en los servicios de especialidades.

Además debe mencionarse que en todas las unidades del sistema médico familiar existe un servicio de medicina preventiva.

Los hospitales deben ser planeados con criterio bajo normas que aseguren una funcionalidad óptima en sus servicios médicos y administrativos. La experiencia ha demostrado la gran utilidad que se deriva de estructurar servicios de urgencias independientes, obviamente su funcionamiento es permanente.

Es también conveniente que en algunas unidades hospitalarias de determinada categoría se incluyan unidades de cuidados intensivos, diseñadas con los criterios más modernos. La mejor experiencia se está derivando de dotar a cada hospital de una sola unidad de cuidados intensivos, en lugar de fraccionar este servicio en varias unidades para patologías particulares.

En los hospitales de los seguros sociales hace algunos años la enseñanza médica estaba fuertemente limitada, en general por la aceptación de criterios prejuiciados, que sostienen que la población derechohabiente se negaría a aceptar la implantación de enseñanza médica basada en sus estudios clínicos. Iniciada en pequeña escala y con titubeos hace poco más de 10 años, en algunos países, como es el de México, en pocos años ha adquirido un desarrollo tan importante que le ha situado como la institución de mayor relevancia en el aspecto docente, particularmente en la enseñanza para post-graduados, donde más de 75% de los cursos de especialización reconocidos oficialmente por la U.N.A.M., son impartidos en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la enseñanza de Pre-grado también participan en forma muy importante los hospitales de los seguros sociales, y cabe resaltar que la impartición de

CUADRO No. 9

INGRESOS HOSPITALARIOS POR DERECHOHABIENTE
EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN
ALGUNOS PAISES LATINO-AMERICANOS

1 9 7 0

PAISES	RELACION
Guatemala	Uno por cada 11.3 derechohabientes.
México*	Uno por cada 11.8 derechohabientes.
Panamá	Uno por cada 25.7 derechohabientes.
Venezuela	Uno por cada 21.0 derechohabientes.

* Exclusivamente del I.M.S.S.

Fuente: Datos reportados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Tabulación No. 2. 1972.

docencia a estudiantes de medicina no ha sido, en la experiencia mexicana, un factor de deterioro en las relaciones institución-derechohabientes. En cambio ha sido muy positiva la motivación del personal médico de los hospitales, que al participar activamente en la enseñanza de pre y post grado recibe el estímulo académico que le impulsa a mantenerse actualizado y a superarse continuamente.

De singular importancia ha sido también el hecho, en México de que la participación de los seguros sociales en la enseñanza médica esté propiciando una mejor comprensión entre las universidades y las instituciones de servicio, que redundará rápidamente en actitudes más positivas de integración programática entre el sector educativo y las instituciones de servicio social.

Es muy recomendable que los hospitales, además estructuren e impartan actividades educativas permanentes para el personal de enfermería y adiestramiento en servicio para todo el personal de la unidad.

En cada región o país debe ser cuidadosamente planeada y estructurada la relación entre los hospitales y los servicios de consulta externa extra hospitalaria, para garantizar la integración funcional que permita la auténtica institucionalización de los servicios médicos, lograr que los hospitales cumplan con el papel que tienen asignado como parte de un sistema coordinado de atención médica, evitando con esto que el hospital desvíe su carácter hacia una autonomía y aislamiento con el resto de las unidades médicas.

3.2 Personal en unidades de consulta externa. Sus funciones.

En las unidades de consulta externa laboran médicos familiares, que tienen a su cargo también la atención domiciliaria en el nivel de la medicina general.

En sus unidades disponen de servicios normales de diagnóstico: laboratorio clínico, radiología y otros. Cuando no existen dichos recursos en una unidad pueden ser proporcionados por otra de mayor nivel.

Los médicos generales cuentan para su labor con el apoyo de especialistas, quienes atienden su solicitud cuando se requiere la orientación diagnóstica especializada. Un especialista puede solicitar, cuando lo juzgue conveniente, una interconsulta con un especialista. Debe quedar establecido el mecanismo técnico-administrativo de envío al especialista y de regreso al médico general responsable del paciente.

Las consultas con el especialista pueden ser dentro de la misma unidad o de una unidad a otra, cuando en la primera no exista el servicio solicitado.

Las prescripciones medicamentosas serán surtidas en el servicio de farmacia de la unidad, que debe disponer de todos los medicamentos aprobados en el cuadro de la institución.

Tanto los médicos generales como los especialistas, de acuerdo con la política de proporcionar a la población una medicina de carácter integral, deben participar en labores medicopreventivas de la unidad, sea colaborando en las campañas generales o en los programas específicos que realice el servicio correspondiente; o en su trabajo directo, mediante la orientación y educación a los pacientes o detectando a través de un examen clínico cuidadoso, padecimientos que de otra forma podrían pasar inadvertidos.

El médico general de una unidad cuenta con la asesoría específica, del personal de medicina preventiva y de medicina ocupacional; en el primer caso, para obtener orientación relativa a medidas de control de padecimientos transmisibles y tratamientos profilácticos, en el segundo, para valoración de una enfermedad o accidente de trabajo, y otras investigaciones especiales.

Los casos que ameritan atención médica o quirúrgica de urgencia son recibidos en el servicio correspondiente, que debe funcionar con horario ininterrumpido. El médico general responsable deberá ser informado en el expediente clínico respectivo, de la situación clínica encontrada del tipo de atención que se proporcionó al paciente, o del envío a una unidad hospitalaria, si el caso lo requirió.

En ciertos casos puede ser necesaria alguna orientación médico-higiénica especial en el propio ambiente familiar. El médico puede contar en estos casos con la cooperación del personal de trabajo social, quienes transmitirán las indicaciones al asegurado y a sus familiares.

El archivo clínico facilitará la labor de los médicos proporcionándoles con oportunidad los expedientes clínicos o la documentación médica requerida.

El personal de enfermería realiza funciones específicas en la unidad, colaborando eficazmente a la atención médica en los servicios de hospitalización, de urgencias, de medicina preventiva y de preparación de material y equipo.

Si un paciente requiere atención especializada fuera de su zona de adscripción, el médico general puede solicitar el traslado, el que deberá sujetarse a los sistemas de regionalización e instructivos correspondientes.

Es responsabilidad del director de la unidad coordinar adecuadamente

CUADRO No. 10

PROPORCION DE HORARIOS DE LOS MEDICOS DE LA
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL (CONSULTA EXTERNA)
EN LOS PAISES LATINO-AMERICANOS QUE SE INDICAN

HORARIO	COSTA RICA	GUATEMALA	MEXICO*	NICARAGUA	PANAMA	VENEZUELA
De una hora	0%			18.2%	13.1%	0.2%
De dos horas	11.5%	15.5%	0.01%	19.8%	13.5%	9.4%
De tres horas	3.3%		0.10%	15.0%	20.8%	63.5%
De cuatro horas	42.0%	84.5%	1.05%	7.0%	13.1%	9.5%
De cinco horas	0.5%		0.02%	1.1%	18.6%	0.2%
De seis horas	8.2%		3.97%	38.0%	4.8%	15.7%
De siete horas	1.2%			0.0%	8.8%	0.6%
De ocho horas	33.3%		94.85%	1.1%	7.3%	1.0%

* Exclusivamente datos reportados por el I.S.M.S.

FUENTE: Datos reportados por los Países en el Cuestionario enviado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. Tabulación 1, 7, 1. 1972.

todos los servicios y actividades que se realicen en la misma, buscando la superación de la atención, tanto en las labores médicas propiamente dichas, como en las de docencia e investigación; a este fin se auxiliará del personal técnico o administrativo necesario. En todo momento procurará estimular al personal bajo sus órdenes, a fin de que sienta que se comprende y se reconoce su labor, y actúe, por tanto, con mejor disposición en su trabajo.

Es conveniente considerar algunas otras disposiciones técnico administrativas que hacen más dinámica, más efectiva, y más humana la atención médica en las unidades de consulta externa.

Es aconsejable que los médicos generales según lo demuestra la experiencia en algunos países, trabajen a tiempo completo para la institución y la duración de esta jornada puede variar según las costumbres locales y la demanda de servicios.

En uno de los países estudiados la jornada de trabajo se divide en matutino y vespertino, con lo cual se asemeja lo más posible a la costumbre tradicional en el ejercicio privado, y además facilita la atención de los asegurados y sus derechohabientes en los servicios médicos, sin interferir con su jornada de trabajo.

El mismo médico que atiende al paciente en la consulta externa, debe atenderlo en visita domiciliaria. Esta conducta propiciará las buenas relaciones médico-paciente, aumentará la confianza de éste ante el facultativo y evitará posibles discrepancias de diagnóstico y de terapéutica, que pueden ser un perjuicio de la adecuada atención del enfermo.

La adscripción a cada médico de un número fijo de pacientes que corresponden a un determinado sector de la zona de atención de la clínica, ha demostrado muchas ventajas, tales como: la asistencia médica continuada y el mejor y más completo conocimiento de dichos grupos por el mismo profesionista, no solo en problemas de patología, sino en los de índole social o familiar; se propician además las buenas relaciones con los pacientes y se tienen más facilidades para las visitas domiciliarias.

La atención de todo el grupo familiar por un solo médico tiene una extraordinaria utilidad y trascendencia, desde el punto de vista epidemiológico y educativo.

La utilidad del expediente único del paciente, en donde quedarán consignadas todas las eventualidades que en su atención haya sufrido, no necesita enfatizarse.

La atención médica mediante el sistema de cita previa, ha demostrado su utilidad. Permite una correcta y adecuada distribución del trabajo médico y evita, al mismo tiempo, prolongadas esperas de los pacientes que motivan disgustos y situaciones de tensión entre éstos y el personal de la unidad. Para facilitar la aplicación de este sistema, el médico debe contar con la ayuda del personal de servicio social y de recepción, con la suficiente y adecuada preparación para facilitar la atención rápida de los casos urgentes.

Particularmente en todos los sistemas de atención médica se reconoce, hoy en día, la conveniencia de disponer de un número adecuado de médicos generales, en ocasiones llamados médicos de familia, como la base fundamental de organización de los servicios. Las ventajas de responsabilizar a un médico general de la atención médica integral de los núcleos familiares es reconocida, cada vez con mayor fundamento en la experiencia institucional. Alrededor del médico de familia actúan en armónica colaboración, todos los recursos humanos y materiales necesarios para resolver los problemas diagnósticos, terapéuticos y de índole social que le son propios.

Desde el punto de vista estrictamente médico, son ya muy contadas las voces que favorecen la fragmentación de la atención médica de un paciente, en una serie (en ocasiones muy numerosas) de estudios parciales a cargo de personal muy especializado. Por el contrario es cada vez más sólida la argumentación de quienes sostienen que el concepto más auténtico de la atención médica, es la preservación de la unidad biosocial del paciente, y que la atención debe fincarse en una serie de actos, estrechamente vinculados entre sí, descansando todos ellos en el denominador común del médico de familia, podría decirse del médico personal de cada paciente.

3.3 *Personal en hospitalización. Sus funciones.*

Los médicos en hospitales proporcionan atención médico-quirúrgica en consulta externa, o en hospitalización, de acuerdo con su especialidad.

Atienden a los pacientes enviados por los médicos, sea de las unidades de consulta externa o de otras especialidades.

Si el caso lo amerita el enfermo queda hospitalizado; en caso contrario será regresado a donde proviene, con la opinión diagnóstica y las recomendaciones terapéuticas que procedan, especificando además y si son necesarias nuevas consultas de especialidad.

Un serio problema de fraccionamiento y disgregación en la atención médica

es la falta de relación profesional y de vinculación institucional entre los médicos generales y los médicos especialistas de los hospitales. Para obtener la mayor eficacia técnica y el rendimiento óptimo de los servicios, se hace necesario fomentar las interrelaciones en todo lo que afecta a la atención médica. Un buen procedimiento para esto, puede ser el intercambio permanente de experiencias, la realización de eventos académicos, que han demostrado su bondad en mejorar esas relaciones.

De similar importancia es promover la relación de trabajo más armónica y estrecha, profesionalmente y en relaciones humanas entre el personal de enfermería y el personal médico.

Los archivos clínicos tienen gran responsabilidad en el manejo adecuado de los diversos documentos de atención médica.

El director de un hospital debe tener conocimientos en administración de unidades hospitalarias, debe tener además un criterio social que le permita comprender el papel tan importante que el hospital tiene la atención médica, acorde con la acción del hospital bajo su dirección con el resto de las unidades médicas del sistema del seguro social, y su proyección a la comunidad.

La actitud del personal en sus relaciones con los asegurados y beneficiarios es de la mayor importancia, y trasciende directamente más allá de los límites puramente médicos. En efecto, los asegurados de las unidades médicas en los sistemas de seguridad social son poseedores de un derecho, y sus actitudes están motivadas básicamente por este factor. En forma similar el personal de servicios directos en los seguros sociales está contratado para dar prestación médica que la Ley fije. Esta doble relación requiere ser estrictamente comprendida como un elemento indispensable para promover relaciones humanas óptimas entre los elementos de la atención médica.

El proceso generalmente calificado como "deshumanización de la medicina" no es propio ni característico de los servicios médicos en los seguros sociales, pero ciertos puntos de vista tienden a exagerar su influencia en la opinión pública. Es urgente e indispensable que los seguros sociales analicen críticamente la situación real en sus servicios, y se estimulen relaciones óptimas entre población derechohabiente y personal, mediante programas específicos para puntos concretos.

3.4.—*Las instituciones médicas en la docencia y la investigación.*

Es universalmente aceptado que la enseñanza de la medicina encuentre sus mejores posibilidades en los hospitales y otro tipo de unidades médicas. En los seguros sociales con servicios directos es ya un hecho común que la calidad del personal, instalaciones, equipos, y demás elementos auxiliares alcanzan los niveles más elevados, por lo cual deben ser colaboradores de la mayor importancia en el sistema general de enseñanza de la medicina establecido en una región o país.

Para lograr lo anterior resulta de importancia trascendental la vinculación entre el sector educativo formal de las universidades, con el sector operativo de unidades médicas, en este caso los seguros que permitan el desarrollo de actividades docentes en medicina y otras disciplinas en los seguros sociales, con pleno respeto a los ámbitos propios de autonomía y organización de las instituciones, pongan la mejor concordancia en objetivos, técnicas y procedimientos para la docencia en beneficio mutuo.

Recientes experiencias han demostrado que el interés por alcanzar situaciones de colaboración amplia entre universidades y seguros sociales es sincera, auténtica y creciente, y que la operación práctica de programas docentes en hospitales y otras unidades de los seguros sociales puede realizarse eficazmente sin interferencia con la función primordial que la ley da como responsabilidad fundamental a un seguro social.

Las actividades de investigación médica deben ser complemento natural y necesario de la atención médica en los seguros sociales. Debe estimularse suficientemente a todo el personal médico para que se interese en la investigación, sin los formulismos tradicionales de las instituciones dedicadas básicamente a la investigación. En el gran campo de la investigación clínica, una adecuada planeación institucional, puede conducir a programas de la más alta trascendencia médica, tomando en cuenta la amplitud de los recursos y del ámbito en que podría desarrollarse cualquier estudio en la población derechohabiente, lo cual rebasa notoriamente los recursos y el ámbito de operación de otras instituciones de investigación médica.

La investigación básica debe ser ampliamente estimulada, y para ello deben dotarse a las hospitales de recursos adecuados.

Por otro lado los seguros sociales deben comprometerse en otros terrenos de la investigación biomédica, y por la naturaleza misma de su constitución y la capacidad en sus operaciones, pueden ser los instrumentos de mayor valor en región o país para la investigación tecnificada de problemas ecológicos, de antro-

pología social, de relaciones sociomédicas de interés en la salud y temas de similar o mayor importancia.

El panorama ha permitido que en forma progresiva esté creciendo el interés de los seguros sociales en todas las ramas de la docencia y la investigación médico social. Así, actualmente es común, por no decir obligado, que los seguros sociales con servicios directos sean comprometidos ya en la enseñanza médica de pré y postgrado y en variados terrenos de la investigación.

Concomitantemente han tenido un vigoroso impulso las actividades académicas y la importancia de estos problemas han conducido a la institución de organismos formales, departamentos o denominación similar, para la planeación, programación y desarrollo de estas actividades.

4. *Procedimientos técnico administrativos para la planeación, supervisión y evaluación de la productividad de los servicios de asistencia médica.*

La planeación de los servicios médicos es el paso más trascendente para obtener los mejores rendimientos posibles de los recursos que se disponen. Dentro de las técnicas modernas, un elemento básico de la planeación es el disponer de estadísticas adecuadas sobre morbilidad y otros determinantes de la demanda de servicios, y el tipo de ellos, por una población determinada.

A este respecto es aconsejable construir una sólida experiencia propia en cada país o región, basada en la captación suficiente y tecnificada de información estadística, y en lo posible allegarse también la información pertinente sobre factores sociológicos que se interaccionan con los problemas de salud.

4.1 *Planeación.*

La planeación de servicios médicos tiene como propósito la mejor utilización de los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos para el cuidado integral de la salud; procurando dar facilidades para la prestación de servicios y otorgarlos con oportunidad; proporcionando atención médica de la más alta calidad; asegurando la suficiencia de los servicios y buscando que su costo sea técnicamente justificado.

Puede llevarse a cabo previamente al establecimiento de los servicios en una zona determinada, que es la aplicación que generalmente se dá a esta función; pero puede también realizarse durante el desarrollo de las actividades en servicios ya existentes, con el fin de mejorarlos o incremen-

tarlos. En este último caso está estrechamente ligada a la evaluación. La planeación así concebida, interviene en todos los aspectos básicos de la organización para asegurar su mejor realización:

- Valorización de los recursos humanos y materiales disponibles y los necesarios.
- Construcción de unidades médicas; provisión del material y equipo requeridos.
Supervisión y actividades de educación continuada, estableciendo normas y delineando programas que contribuyan a la eficiencia de las labores y a la superación profesional del personal.
- Determinación de los procedimientos y actividades para cada grupo de trabajo; médicos, enfermeras, personal auxiliar, etc., para conseguir la uniformidad de las labores.
- Establecimiento de las metas por alcanzar en cada renglón de actividades, lo que permitirá realizar la evaluación.
- Mecanismos de coordinación interna y externa, necesarios para el mayor éxito y proyección de las actividades.
- Promoción de relaciones públicas adecuadas que den a conocer las actividades de los servicios médicos y su utilidad, promoviendo su aceptación, la simpatía y comprensión de la población, y de diversos organismos ajenos a la institución.

La planeación requiere de una información estadística la más completa posible sobre la situación prevaleciente en la población por atender; es decir, se necesita un verdadero diagnóstico de salud, que incluya el conocimiento demográfico y las condiciones sanitarias, epidemiológicas, económicas y sociales de dicha población.

Necesita al mismo tiempo una cuidadosa valoración de los recursos humanos y materiales disponibles; y en base a la demanda de servicios existentes en otros grupos semejantes, inferir cuáles son los requerimientos necesarios.

Es indispensable, además conocer y valorar cuidadosamente el costo de los programas que se elaboren y las posibilidades económicas que apoyen su realización.

Mientras más completa sea la información recabada y más minucioso el

análisis de ella, mayores probabilidades existen de que la planeación alcance resultados satisfactorios.

Cuando la planeación se aplica durante el desarrollo de las actividades, para reorientarlas o incrementarlas, se vale de los datos de la evaluación parcial, la que dará a conocer la situación que se ha alcanzado y la conveniencia o necesidad de efectuar cambios.

A tal propósito contribuirá también la información cuantitativa y cualitativa de los servicios, para lo cual la planeación, además de haber señalado las metas por alcanzar, habrá fijado claramente los mecanismos para obtener la información, el manejo que de ella haga, y su envío a los jefes aplicativos para su utilización.

Siendo la función de planeación tan trascendente, debe integrarse un grupo especial dentro de la organización dedicado exclusivamente a ella. Dicho grupo deberá actuar en la más estrecha coordinación con todas y cada una de las dependencias de la institución, requisito sin el cual su labor perderá gran parte de su utilidad.

De los estudios que realice, derivará alternativas de acción que presentará a los directivos de las instituciones, a quienes corresponde la toma de las decisiones convenientes.

La planeación debe considerarse como una de las funciones más importantes de toda organización.

4.2 *Selección de personal de salud.*

La selección de personal es un aspecto que no puede omitirse dentro de la organización de servicios médicos, ya que constituye un medio de promover la más alta calidad de las prestaciones.

Es este un requisito que han puesto en práctica la mayoría de las instituciones de seguridad social.

Pretende aprovechar al personal que tenga las mejores características intelectuales, morales y sociales para el desempeñar las labores que se le encomienden.

Los requisitos para la aceptación de un solicitante han de estar claramente establecidos; de manera tal que quien crea satisfacerlos, puede optar por el ingreso a la institución.

Es usual que los trámites se inicien con la presentación de una solicitud, donde se obtienen los datos sobre la preparación del solicitante, a quien

posteriormente se le hacen las pruebas usuales de examen médico, psicológico y otras.

En general, para el personal de salud, se incluye, además de la solicitud mencionada, la presentación de la documentación correspondiente, así como los exámenes médico, psicológico y psicométrico. Suele ser conveniente además realizar una entrevista con el solicitante.

La valoración de los documentos presentados, y de los antecedentes consignados es objeto, junto con los resultados de los estudios practicados, de una calificación, que permite concluir si es conveniente o no, la aceptación del solicitante al puesto a que aspira.

Pero la selección de personal, no es sino el principio de la incorporación de los individuos a las instituciones. Debe ir seguida de actividades de orientación y de adiestramiento, las que redundarán en beneficio de la población a la que se sirve.

Es de la mayor trascendencia que el personal médico que solicita su admisión sea suficientemente instruido sobre la naturaleza y objetivos de un seguro social. Debe hacérsele conocer la responsabilidad en lo médico, lo económico y lo jurídico de su práctica médica en la institución, así como su responsabilidad personal frente a los organismos obreros y patronales, y en su participación para la concesión de algunas prestaciones económicas, del tipo de los subsidios, capaces de afectar el estado financiero de las instituciones.

Para este último fin son indispensables los manuales de procedimientos y los instructivos, los que deben ser conocidos y estudiados por el personal de nuevo ingreso y discutidos y aclarados con los encargados del adiestramiento.

Con frecuencia se descuida un poco este aspecto; se incorporan así a la institución, elementos profesionales que tienen bases técnicas y científicas suficientes para ingresar a la misma; pero que desconocen, con la profundidad necesaria, la organización en su conjunto; y que no valoran, desde un principio, el papel que tiene dentro de la misma y la importancia de su labor personal.

La orientación de que se habla ha de ser teórico-práctica. Y este último punto permitirá además la incorporación física del nuevo elemento al grupo en el que va a trabajar.

El tiempo que en este trabajo se emplee no es ni con mucho, tiempo perdido; por el contrario redituará en una mayor eficiencia de la labor

asignada y en una más fácil y rápida adaptación del trabajador a su tarea.

En cuanto a los manuales de procedimientos e instructivos, de que antes se habló, deben elaborarse cuidadosamente y ser motivo de revisiones periódicas que los actualicen y hagan más funcional y útil su aplicación.

4.3 *Supervisión de actividades.*

En general se dá a la palabra supervisión una connotación especial que comprende la vigilancia y control de las labores, pero que incluye también actividades de asesoría y evaluación.

Así considerada, es una función que va ligada a la evaluación propiamente dicha, sin que exista de hecho una línea de demarcación precisa entre ambas.

La supervisión capta de inmediato las desviaciones que pueden presentarse; procura analizar, conjuntamente con el personal supervisado, las posibles causas que las originan y lo orienta para su corrección.

Es esta la diferencia con el concepto antiguo de supervisión que la consideraba como inspección de las actividades, seguida de inmediato de llamadas de atención o de sanciones.

La supervisión es ayuda, asesoría, es trabajo conjunto de quien la realiza con el personal aplicativo.

Además, es el lazo de unión entre el grupo superior que establece las normas y el que las cumple; es asimismo el canal a través del cual el grupo normativo conoce los problemas o las dificultades que tienen quienes realizan las actividades.

El supervisor tiene fundamentalmente funciones de información hacia el nivel superior y de control y asesoría hacia el nivel inferior.

La labor de supervisión debe sujetarse a una guía que permita conocer, entre otros, los mecanismos de información periódica requeridos para la evaluación; tomará en cuenta, además los aspectos de coordinación y de relaciones entre el personal de un mismo grupo de trabajo y de los diversos grupos entre sí.

4.4 *Evaluación.*

La evaluación de los servicios médicos constituye junto con la supervisión un medio que contribuye a realizar el objetivo de los sistemas de

seguridad social en cuanto a sus prestaciones médicas; o sea, proporcionar atención médica eficiente oportuna y de la mejor calidad a la población amparada.

La evaluación requiere de una información estadística lo más completa y veraz posible, sobre:

- Servicios médicos de distinta índole que fueron otorgados: consultas, ingresos hospitalarios, promedio de estancia; número de análisis clínicos o exámenes de gabinete practicados, medicamentos prescritos y otros elementos.
- Demanda de servicios y utilización de los mismos.
- Análisis de los costos de la prestación médica.
- Los datos anteriores deben ser relacionados con la población protegida, su composición por edad y sexo, su tendencia de crecimiento y sus características económicas, sanitarias y culturales.

Necesita, además, de una metodología especial que establezca, en primer lugar, las metas por alcanzar, tanto intermedias como finales; que precise los conductos para recabar la información; que realice la comparación de lo previsto con lo obtenido y proporcione los resultados de la evaluación a los responsables de los programas, para ajustes de aquellas situaciones que lo ameriten o para estímulo si los resultados fueron favorables.

La evaluación, así considerada es una función de nivel central realizada por personal idóneo que conoce a fondo las actividades y las metas preestablecidas.

Pero puede también llevarse a cabo como autoanálisis de los servicios por el mismo personal que labora en ellos.

Como ejemplo de esta forma de autoanálisis puede mencionarse la revisión y estudio de los expedientes clínicos, cuyo propósito principal es evaluar la calidad de la atención médica proporcionada. En dicha revisión participan los propios médicos que elaboraron los documentos clínicos y el personal específicamente dedicado a esa labor, seleccionado por su experiencia, seriedad científica y prestigio profesional. Es éste un mecanismo que debe respetar la personalidad profesional de los médicos, ayudándoles a conocer los aspectos que deben modificar, y dando

lugar a una orientación cordial y amistosa por parte de quien realiza con ellos la evaluación.

Dentro de los seguros sociales ha tomado cada día mayor fuerza la tendencia a considerar la evaluación, no sólo desde el punto de vista técnico, científico o médico social, sino también desde el punto de vista financiero; es decir relacionando el rendimiento de los servicios con los recursos humanos, materiales y económicos puestos en juego para obtenerlo.

Es un hecho universalmente reconocido que el costo de la atención médica ha aumentado continuamente en el curso de los últimos años. Este fenómeno es una consecuencia directa de los adelantos en la implementación tecnológica, y los avances de la terapéutica. Por otro lado los salarios y remuneraciones del personal y el aumento considerable en los precios de medicamentos y materiales. A esto debe agregarse que para una misma población amparada ha aumentado el volumen en la demanda de servicios, por diversos factores, entre los que destacan una mayor confianza del público en la eficacia de la atención médica que prestaban los seguros sociales.

Es por eso necesario presupuestar con la mayor exactitud posible los gastos por atención hospitalaria y ambulatoria; llevar un acucioso control de exámenes de laboratorio y gabinete, de la prescripción de medicamentos y de las prestaciones económicas.

Dicho control económico debe ser realizado por las autoridades administrativas juntamente con las del sector médico, que proporcionarán los datos para esta labor.

Ha de tenerse muy en cuenta, sin embargo, que algunas economías excesivas o injustificadas pueden ser de resultados contraproducentes; por ejemplo, un padecimiento mal tratado por insuficiencia de recursos puede evolucionar hacia la cronicidad, y resultar por ese hecho mucho más costoso que si hubiera sido adecuadamente manejado en sus principios.

El control de costos ha de distinguir entre los gastos excesivos y los normales o justificados.

En este mismo aspecto del costo de la atención médica, conviene resaltar la extraordinaria utilidad que tiene para las instituciones de seguridad social, la aplicación de medidas preventivas, realizadas particularmente

a través de campañas educativas de prevención específica y de detección. Independientemente del valor humano que tienen, evitando la enfermedad o descubriéndola en estadios tempranos, tienen repercusiones económicas, disminuyendo en forma muy marcada las erogaciones por concepto de tratamientos ambulatorios o de hospitalización.

Los seguros sociales latinoamericanos tienen la misma responsabilidad que los seguros sociales de otras regiones, pero debe enfatizarse que en el caso de la América Latina la prestación médica ha constituido un elemento fundamental por lo cual se debe vigilar cuidadosamente el mantenimiento de la más alta calidad posible y simultáneamente la preservación del equilibrio financiero, mediante una política que favorezca los costos más razonablemente justos.

4.5 *Enseñanza continuada del personal de salud.*

Dado el tipo de labores que este personal debe realizar, en el que está involucrada la salud de la población derechohabiente, la actualización permanente de dicho personal es condición imprescindible.

La actualización debe dirigirse a los médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadoras sociales; y puede realizarse por el personal mismo de la institución cuya preparación lo justifique, o por profesionistas ajenos a la misma, cuyo prestigio y experiencia aseguren el éxito de la labor.

Se realizará por cursos formales, cursos breves, cursos monográficos, sesiones bibliográficas, presentación y discusión de casos, conferencias, etc. Puede llevarse a cabo también mediante adiestramiento en servicio.

Se utilizarán para esta labor las propias unidades médicas, siendo de extraordinaria utilidad que los especialistas de los hospitales la realicen en las unidades de consulta externa, particularmente cuando es el personal de estas últimas el que sugiere o solicita los temas a tratar.

Otra forma de efectuar la actualización la constituyen las publicaciones técnicas y científicas. Siempre que sea posible el o los autores de los trabajos científicos o los profesionistas enterados del tema, los presentarán personalmente, promoviendo la discusión o haciendo las aclaraciones pertinentes. Este mecanismo, aunque no siempre es realizable, despierta mayor interés entre quienes lo escuchan y contribuye más eficazmente a la actualización que se persigue.

El otorgamiento de becas, constituye otro excelente medio de actualización y superación del personal. Deberán ser concedidas a quienes por su dedicación y empeño, se han hecho merecedores de ese estímulo; o a quienes a través de ellas, mejorarán sensiblemente el trabajo que están desempeñando. La decisión para el otorgamiento de las becas debe quedar en manos de una comisión especial a la que ha sido delegada esa función.

La asistencia a congresos o reuniones científicas de carácter nacional o internacional contribuye a la labor de actualización del personal. Representa además un estímulo para quienes han trabajado con mayor dedicación e interés.

Toda unidad médica debiera contar con una biblioteca o hemeroteca que dé oportunidad al personal de actualizar sus conocimientos y de superarse profesionalmente.

Es también de excelentes resultados promover la participación de personal de dichas unidades para la presentación entre sus mismos compañeros de labores, de temas científicos de interés general.

La planeación y programación de las actividades señaladas es responsabilidad de un grupo de nivel superior, el que estará siempre atento, sin embargo, a todas las sugerencias e inquietudes que exteriorice el personal aplicativo.

4.6 *Coordinación de servicios médicos. Su jerarquización, racionalización y regionalización.*

La coordinación es la suma de esfuerzos para obtener un propósito común.

Es como se comprende, un aspecto de suma importancia para las actividades médicas, ya que del grado en que se alcance, depende el éxito mayor o menor que se tenga en la labor.

Para que los elementos que laboran en una institución se coordinen entre sí, es necesario que cada uno esté enterado suficientemente de las actividades y responsabilidades que competen a cada uno de sus compañeros, a fin de amalgamarlas con las que le corresponden para la obtención del objetivo buscado.

Pero es necesario, además, que se propicie un ambiente adecuado en el trabajo y que se fomnten buenas relaciones entre el personal.

En una unidad médica se trata, en primer lugar, de la coordinación de los diferentes servicios que la forman. Ya se ha mencionado que el eje de todas las labores, lo debe constituir el médico general, alrededor del cual han de funcionar todos los grupos de trabajo de una unidad, colaborando con él para alcanzar el objetivo de proporcionar a la población una atención médica de la más alta calidad.

Las actividades preventivas deben estar coordinadas, valdría mejor decir, integradas, con las curativas y las de rehabilitación.

El trabajo de los médicos generales y los especialistas estará también correctamente relacionado con el de las enfermeras y auxiliares, con los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; el de todo el personal profesional con el administrativo.

Corresponde al director de una unidad la responsabilidad de conseguir esa coordinación funcional, que se facilitará en forma extraordinaria, si conjuntamente existe buen armonía entre todo el personal y una real aceptación para alcanzar la meta colectiva.

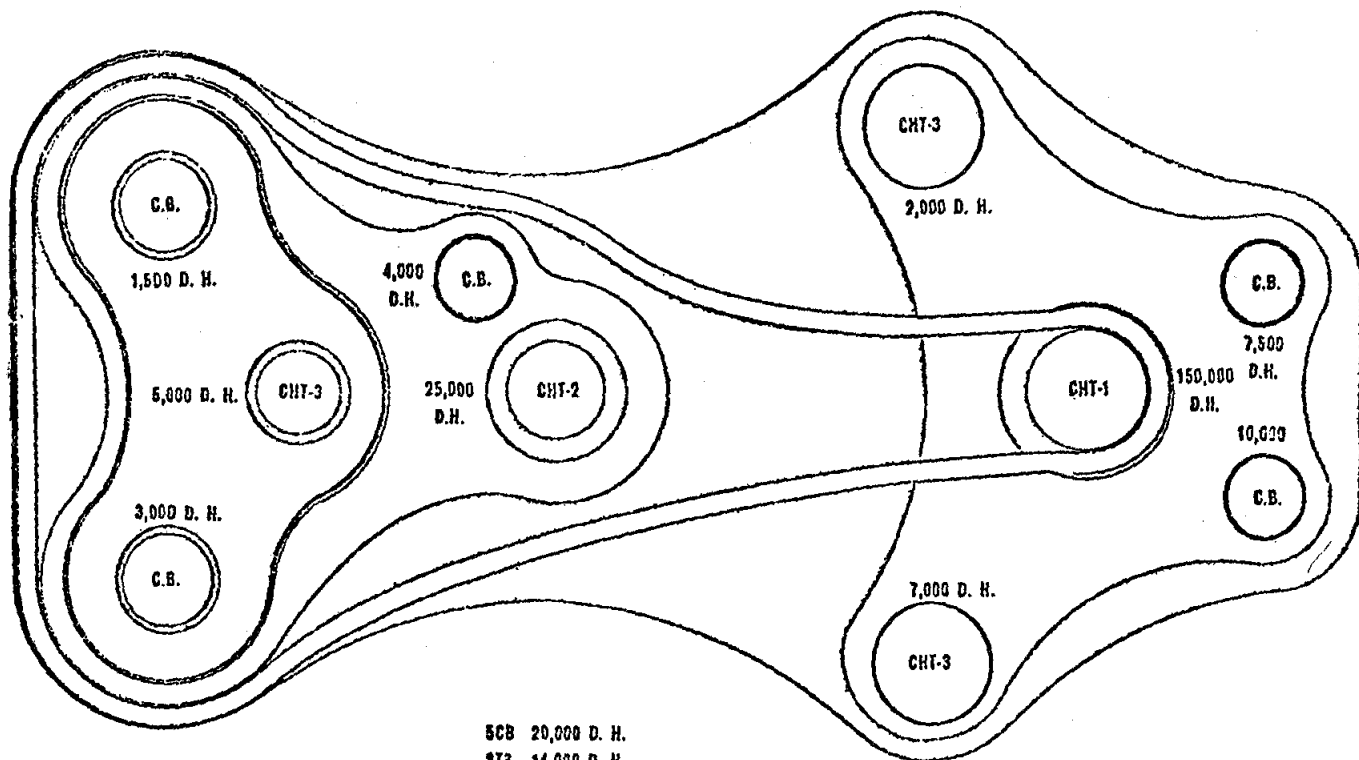
La coordinación institucional en los niveles de la atención médica es de la mayor importancia.

En efecto mediante un sistema coordinado la atención que se proporciona a la población, es necesariamente más completa, más oportuna y eficiente. Los problemas que no pueden resolverse en una unidad por las limitaciones de sus recursos, debe serlo en otras de mayor categoría, hasta llegar a las de más alta especialización, si el caso lo requiere.

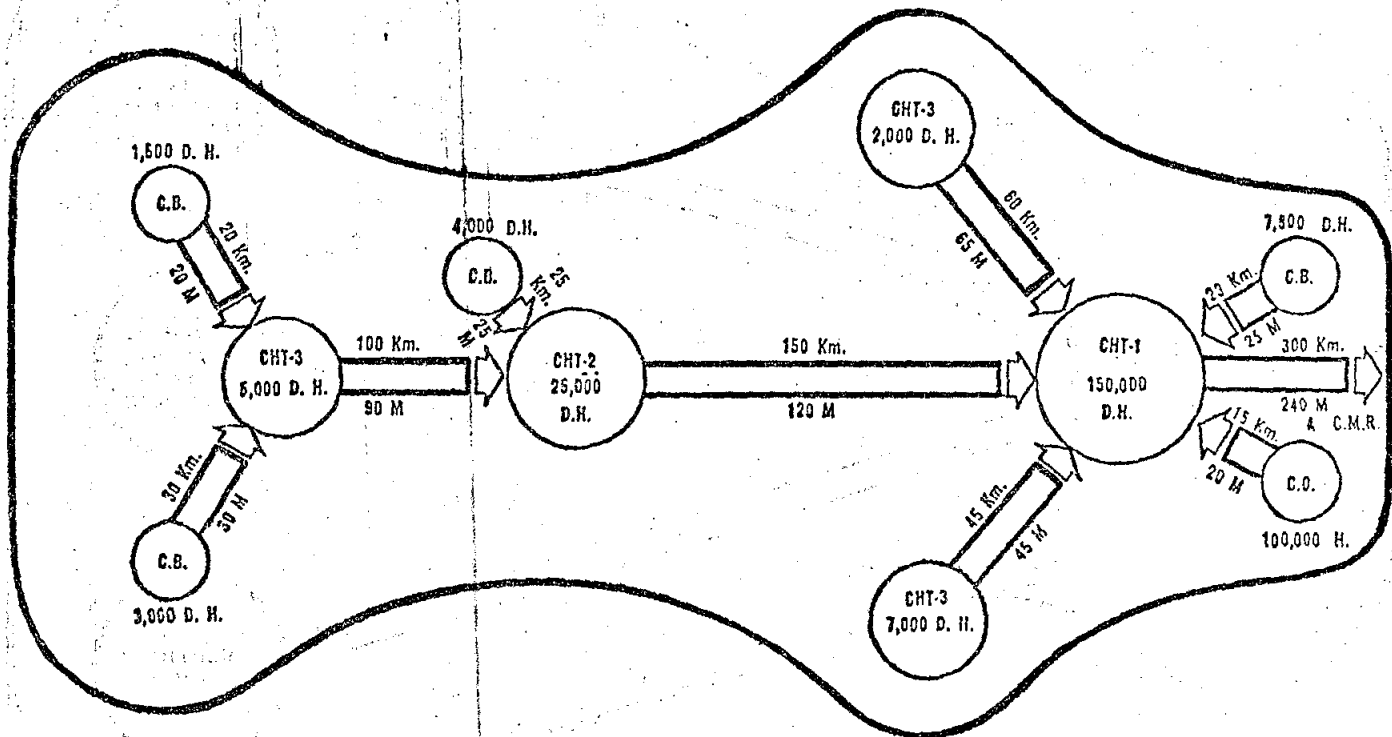
Como ya se dijo, las unidades hospitalarias cubren una zona en la que están comprendidas varias clínicas de consulta externa con las que se coordina técnicamente, auxiliándolas en problemas especiales de diagnóstico o tratamiento, o facilitando el internamiento de los pacientes.

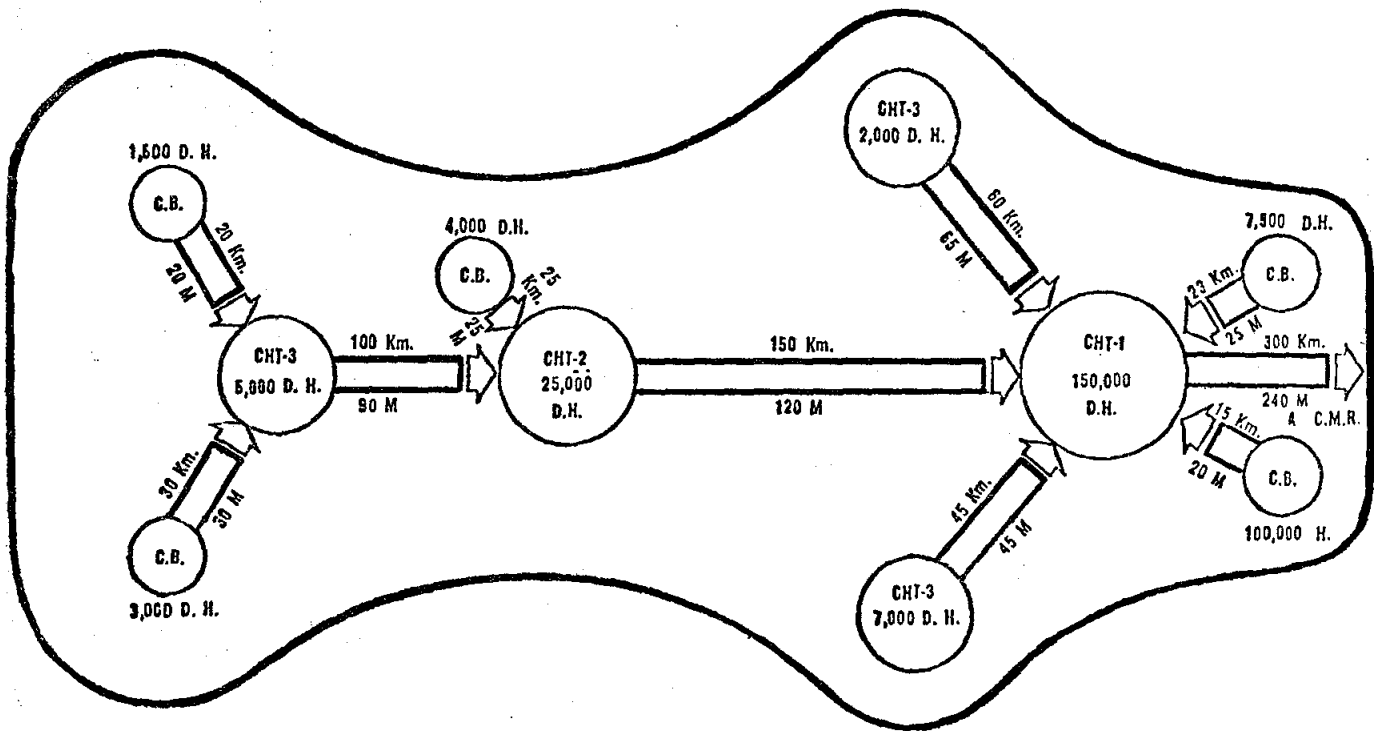
Las clínicas, a su vez, pueden coordinarse entre sí, por ejemplo cuando en una de ellas exista un servicio del que la otra unidad no dispone.

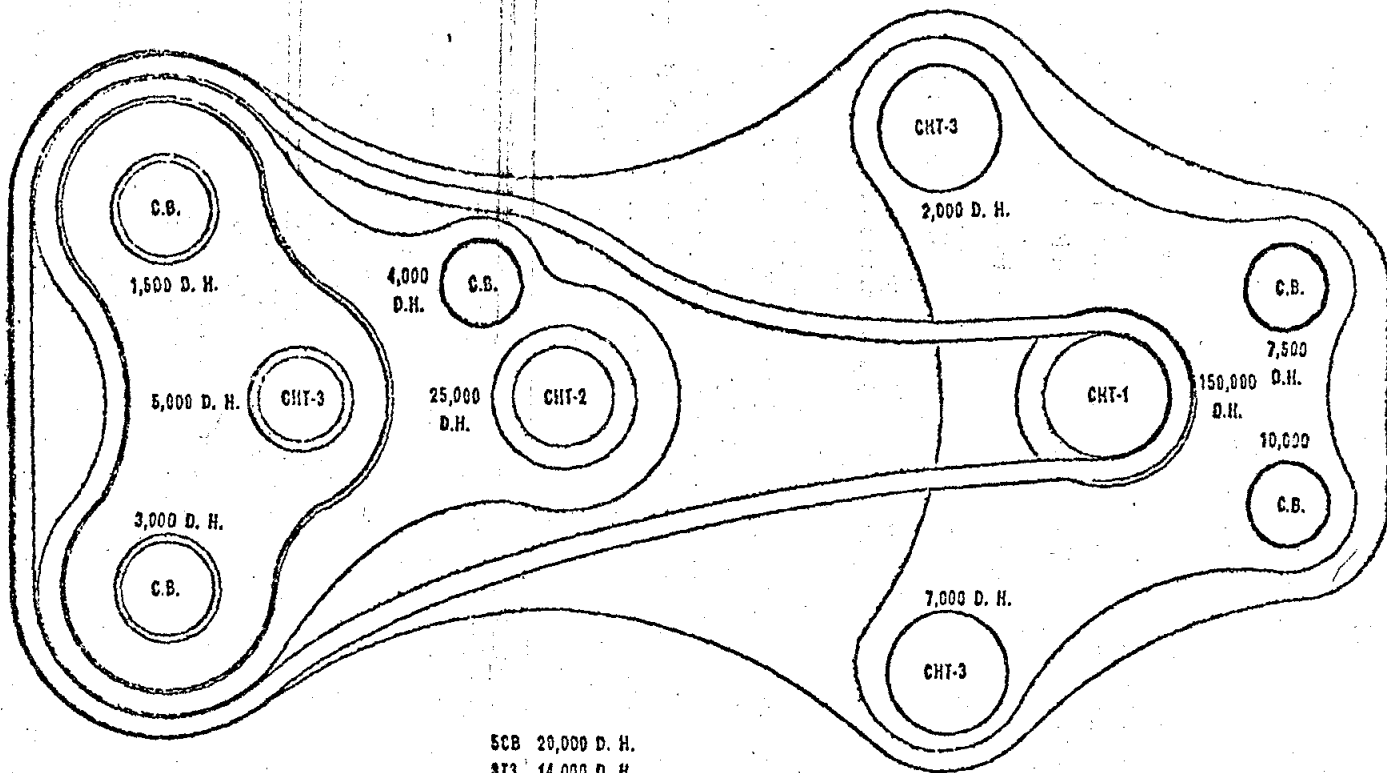
Con el fin de evitar la duplicación innecesaria de servicios han de establecerse mecanismos correctos técnico administrativos, cuando se



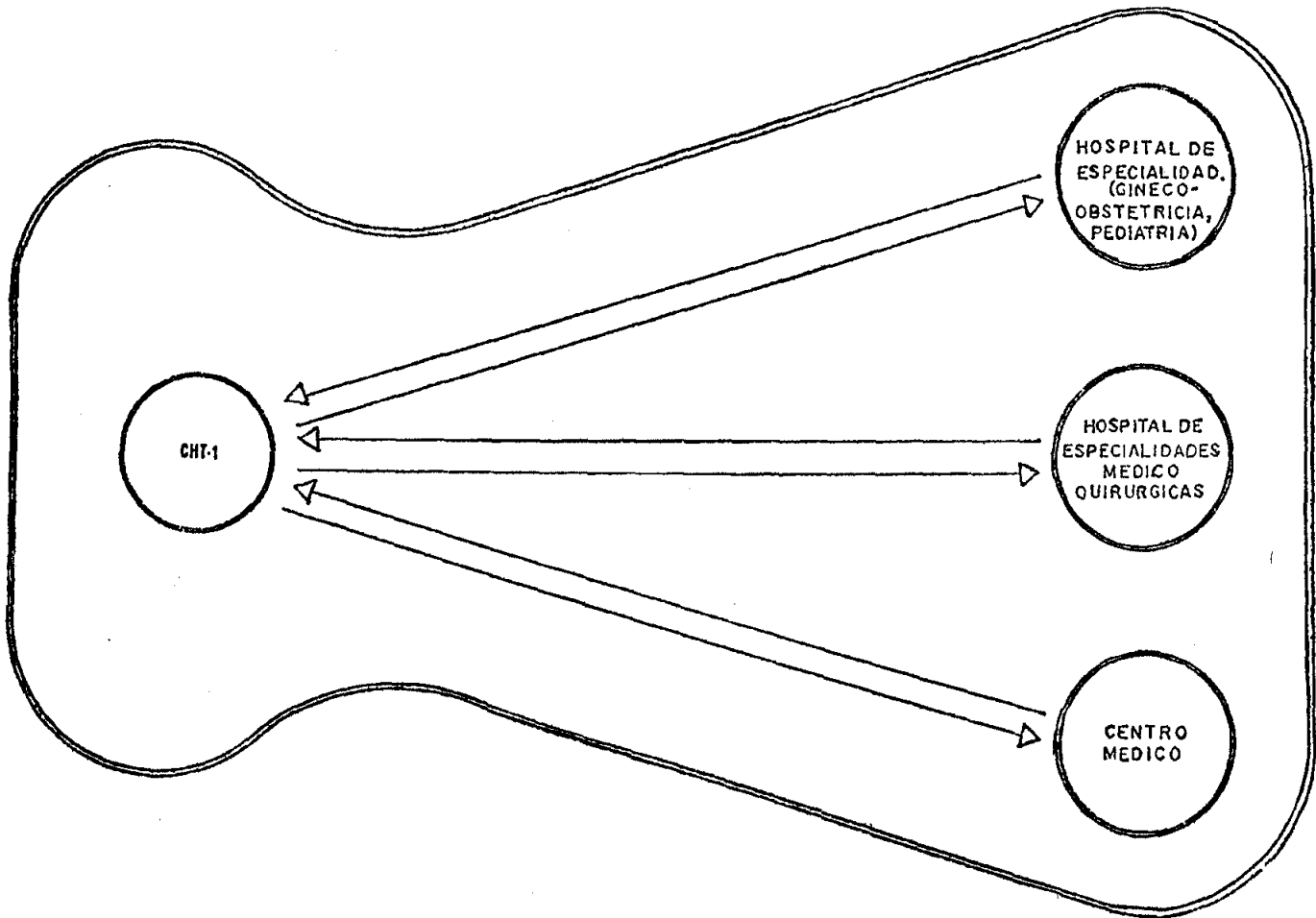
5CB 20,000 D. H.
 3T3 14,000 D. H.
 EL SISTEMA SE COMPONE DE: 1T2 25,000 D. H.
 1T1 150,000 D. H.
 215,000 DERECHO NADIENTES







SCB 20,000 D. H.
 ST3 14,000 D. H.
 EL SISTEMA SE COMPONE DE: IT2 25,000 D. H.
 IT1 150,000 D. H.
215,000 DERECHO RADIENTES



requiera el traslado de los enfermos de una u otra unidad, los que además harán más fluida y eficaz la atención de los pacientes.

Un aspecto particularmente interesante que puede considerarse dentro de la coordinación es el de la atención domiciliaria. Esta debe relacionarse con la proporcionada dentro de las unidades médicas.

Las actividades extramurales proyectadas a nivel familiar y a la comunidad deben asimismo coordinarse con las intramurales. La considerable frecuencia con la que las enfermedades son determinadas por las malas condiciones de la habitación o del medio ambiente en general, hacen necesaria una labor educativa y de promoción, cuya relación con las actividades clínicas propiamente dichas es bien clara, precisándose de la más estrecha coordinación entre ellas.

Ya no se acepta en la actualidad que la asistencia médica se proporcione exclusivamente en clínicas y hospitales. Estas unidades deben proyectar su acción a la comunidad. Al hacerlo así, contribuyen a la mejoría de las condiciones epidemiológicas y de salud en general de una población, realizando una labor médica integral.

Jerarquización.

La coordinación interinstitucional antes señalada se relaciona con otro aspecto importante de la organización de los servicios médicos: la jerarquización de los mismos, que permite el otorgamiento racional y efectivo de la atención médica a la población.

En el vértice de la pirámide que deben formar todas las unidades médicas de una zona dada, se encuentran los hospitales generales o los de especialidades que cuentan con el acervo científico y la experiencia profesional de los especialistas, y disponen del equipo e instrumental más modernos para el desempeño de sus labores.

En niveles intermedios e inferiores estarán las unidades de consulta externa y los puestos periféricos cuyos recursos son más limitados; pero que forman con las unidades hospitalarias en todo convenientemente jerarquizado en sus funciones.

La interrelación de las unidades médicas no es solamente en sentido ascendente, es decir de las más pequeñas a las de más alto nivel para proporcionar al paciente la atención que corresponde a su estado pato-

lógico; sino también de las unidades de mayor categoría hacia las menores, que tendrán así, facilidades especiales para proyectarse hasta el seno mismo del hogar.

La jerarquización de los servicios y su coordinación para la atención progresiva del paciente es fundamental, desde la consulta externa hasta los servicios de terapia intensiva.

La atención médica se continuará, al salir el enfermo de su estado grave, en distintos sitios y en condiciones diversas: en los servicios normales de hospitalización, en unidades de convalecencia, en las de consulta externa y en el propio domicilio, donde se realizará la importantísima labor educativa y la vigilancia que el caso requiere.

La atención progresiva, ya se ha dicho, dá oportunidad a que el enfermo reciba la racional y adecuada que necesita; pero a la vez hace participar con diversos niveles de preparación y conocimientos a todo el personal, desde el de más alta calificación profesional hasta el auxiliar.

La aplicación práctica de este sistema trae implícita la necesidad de una adecuada zonificación y regionalización de servicios, que resultan tanto más necesarias cuanto mayor es la importancia y magnitud de las instituciones y más grande su proyección.

Regionalización.

La regionalización de los servicios médicos pretende lograr mayor accesibilidad para la población y más oportunidad en su utilización.

En su concepto más amplio la regionalización no incluye solamente a las unidades médicas de una sola institución, sino a las de todas las instituciones de salud en el país. En este aspecto podría ser considerada como instrumento de coordinación externa, o sea la relación entre todos los organismos de la salud existentes.

Interpretada en una u otra forma, la regionalización ha de considerar la localización geográfica más adecuada de las unidades médicas, teniendo en cuenta las condiciones epidemiológicas de la región, las culturales de la población, la demanda calculada de servicios, facilidad de las comunicaciones y otros.

La regionalización no sólo debe favorecer la asistencia médica oportuna

tuna y adecuada; sino ha de facilitar también la enseñanza y la investigación. En otras palabras, las unidades médicas, tanto las de consulta externa como particularmente los hospitales deben considerar en lo posible la conveniente relación con los organismos docentes, a fin de hacer efectiva esa útil participación.

Pero en este aspecto ha de insistirse que las unidades médicas no deben seguir siendo centros exclusivos de asistencia, de enseñanza e investigación médicas; sino que deben proyectar su acción hacia la comunidad, para el conocimiento y resolución de los problemas sociales que la aquejan. En esa forma la regionalización no sólo permitirá la adecuada coordinación interinstitucional, sino que cubrirá, por así decirlo, amplias zonas que en otra forma seguirán totalmente al margen de los programas de salud.

Teniendo en consideración las grandes ventajas que la regionalización tiene, debe planearse con todo cuidado y realizarse con el mayor interés posible.

5. Aspectos complementarios de la atención médica.

El cuidado integral de la salud, en sus conceptos modernos, requiere complementar la atención médica con servicios sociales, cuya finalidad básica es hacer de la seguridad social un factor de cambio que promueva la transculturalización y provea a la población derechohabiente de instrumentos adecuados para elevar sus condiciones de bienestar individual y colectivo, y para alcanzar grados más elevados de comprensión de la problemática social y sus interacciones con la salud.

5.1 Prestaciones Sociales.

Algunas instituciones de seguridad social proporcionan a la población, además de los servicios médicos propiamente dichos, prestaciones de tipo social, que contribuyen al bienestar individual y familiar y que están acordes, por lo tanto, con el concepto moderno de la salud.

Todas las actividades que se llevan a cabo en el campo de las prestaciones sociales tienden a influir favorablemente en la promoción de la salud.

Algunas de ellas, sin embargo, tienen una importancia especial. Tal puede decirse por ejemplo de la educación higiénica que se otorga a

la población; las orientaciones sobre la higiene personal, la salud materno infantil, la nutrición, la salud mental y las medidas de prevención específica de que se dispone, son ejemplos de esta labor educativa.

En relación con esta actividad, dos consideraciones deben tomarse en cuenta: la primera es la necesidad de adaptar la enseñanza al nivel cultural y las condiciones generales de vida de quienes la reciben, procurando que tenga el mayor carácter práctico posible; la segunda, que los conocimientos que se imparten estén siempre de acuerdo con los que norman las actividades de los servicios médicos, en forma tal, que las orientaciones recibidas se refuercen y no se contrapongan. El mismo criterio debe existir para esta enseñanza, en cualquier sitio en que se imparta.

Otra actividad importante es la del fomento del deporte, para lo cual es recomendable establecer instalaciones adecuadas.

La preparación de jóvenes para actividades manuales tales como carpintería, herrería, electricidad, contribuye a la disponibilidad futura de mano de obra adiestrada; permitirá a quienes la obtengan, mejores posibilidades de trabajo y más aceptables condiciones económicas.

Es necesario establecer con aquellos centros la más estrecha y eficaz coordinación, aprovechando la muy útil participación que ellos pueden tener en la promoción de las actividades médicas, y precisar con el mayor detalle la forma en que dicha participación debe efectuarse.

La realización lo más amplia posible de prestaciones sociales y de campañas intensivas de medicina preventiva, al promover y conservar la salud, influyen favorablemente en la economía de las instituciones, disminuyendo a límites razonables, los costos de atención médica curativa y de rehabilitación.

5.2 *Aspectos humanos en la atención médica.*

Todos los esfuerzos de planeación y organización de la atención médica rendirían resultados insuficientes si no se presta la mayor atención a un elemento fundamental, los aspectos humanos en las relaciones con el paciente.

Los adelantos científicos y tecnológicos de la medicina han producido, según las opiniones más comúnmente escuchadas, una tendencia al

despersonalizar la acción médica, a convertirla más en la aplicación fría de técnicas e instrumentos que en la dedicación real al cuidado de un ser humano. Esto es el punto de crítica más frecuente a la medicina actual, genéricamente englobado en el calificativo "deshumanización".

El médico, la enfermera y todo el personal que trabaja en las instituciones necesita recibir un trato digno y considerado. Debe sentir que se respeta su personalidad profesional o humana; que hay equidad, justicia, armonía y comprensión en la actitud de sus superiores y de sus compañeros.

Necesita también conocer y comprenderse bien de los objetivos de la institución; disponer de normas adecuadas de trabajo, y actuar dentro de un sistema conveniente de organización.

Necesita condiciones adecuadas en su actividad, tanto desde el punto de vista de las instalaciones físicas, como del ambiente social y moral en que la desarrolle.

Deben considerarse las naturales limitaciones en la capacidad de trabajo que todo individuo tiene. Exigirle una labor excesiva, prolongada, aún más si es rutinaria puede alterar su salud, a la vez que hace disminuir la calidad de su labor.

Requiere además recibir una remuneración económica que le permita cubrir decorosamente sus necesidades personales, familiares y sociales. Y junto con lo anterior, tener seguridad en su trabajo, posibilidades de mejoría, y prestaciones adecuadas para el momento de su retiro.

Pero además de todo lo anterior, requiere de una motivación psicológica que evite la frustración de considerarse inútil. Nada hay que resulte más frustrante que considerar que su labor carece de utilidad y trascendencia. El trabajador debe sentir que su labor es importante, y que se reconocen sus esfuerzos por aquellos de quienes depende. Debe por último tener conciencia de que está participando en una labor colectiva, y que su trabajo contribuye al éxito común de la institución.

Los directivos de una institución y aquellos en quienes ellos deleguen su autoridad, necesitan no olvidar que están trabajando con hombres a quienes interesa el mejor resultado de los objetivos institucionales;

pero a quienes interesa asimismo su satisfacción y seguridad personales y el trato adecuado que merecen.

Intentarlo así, reditúa indudables beneficios: los trabajadores actúan con más entusiasmo, con mayor espíritu de colaboración, y con una disciplina que no es causada por el temor, sino por propia convicción y sentido de responsabilidad.

La relación médico-paciente, médico-enfermera, y en lo general la de todo el personal con los pacientes debe ser motivo de mayor esmero, propiciando mediante políticas adecuadas la responsabilidad individual de todos los que participan en la atención médica para dar a cada paciente y a sus familiares el trato cordial y técnico, que dentro de lo profesional no afecte los sentimientos humanos. Todas las políticas que se establezcan a este respecto deben estar inspiradas en obtener la plena comprensión de médicos y enfermeras hacia el carácter eminentemente humanístico del ejercicio de la medicina.

La organización de los diversos servicios debe ser tal, que facilite al máximo posible su utilización, evitando largas esperas, citas muy distanciadas, problemas administrativos engorrosos.

Las unidades han de proporcionar además las comodidades necesarias en las salas de espera y en las de hospitalización.

Pero tanto o más importante que lo anterior son las relaciones entre el personal y el público. No debe olvidarse que se trata con personas que acuden a los servicios con algún problema personal o familiar, altera en mayor o menor grado sus condiciones emocionales. Necesitan de la prudencia, comprensión y tolerancia del personal; requieren más que otras personas, de un trato cordial y amable y de un claro propósito de servicio. Ignorar estas circunstancias origina tensión, disgusto, quejas y aún rechazo.

Los pacientes deben sentir que el personal de salud está siempre dispuesto a prestarle un servicio, y que comprenda la situación moral en que se encuentran. Esto hará que acudan a los servicios con confianza y mejor dispuestos a colaborar con los médicos y enfermeras para la preservación o recuperación de su salud; y dará, por lo tanto mayor eficiencia y utilidad a la labor que aquellos realizan.

5.3 *Relaciones públicas.*

Se ha tratado de precisar que para que los servicios médicos de una institución cumplan con su cometido de promover, conservar y reparar la salud de la población que amparan, es necesario que existan tres condiciones básicas:

- 1o. Una administración apegada a normas institucionales.
- 2o. Una actitud responsable del personal.
- 3o. Una conciencia de solidaridad humana con la población derechohabiente.

Esta última condición se alcanza mediante las relaciones públicas, cuyo propósito es dar a conocer las actividades que los servicios realizan, su magnitud y su importancia; buscando a través de dicha información la mejor utilización de las prestaciones médicas, y su aceptación y simpatía para las labores de la institución.

Naturalmente que el mejor medio de dar una imagen adecuada de la institución es proporcionar servicios de excelente calidad a través del trato amable, cordial y comprensivo de todo el personal. El prestigio que tal actitud proporciona constituye, sin duda, la mejor propaganda para una institución.

Pero pueden utilizarse también otros mecanismos: por ejemplo, la información, por los responsables de los distintos grupos de trabajos, de las actividades que realizan, mediante pláticas o conferencias que deben ir dirigidas a los grupos patronales, a los grupos obreros, a los sindicatos y al público en general. Con cuanta frecuencia la poca simpatía y aún la animadversión a las instituciones obedece a que la población amparada desconoce los servicios a que tiene derecho, o la forma más expedita para obtenerlos.

Esta información puede proporcionarse también a través de los grandes canales de difusión: la prensa, la radio y la televisión, los que además deben aprovecharse para una labor de educación higiénica, que hará patente el interés que las instituciones tienen en el cuidado integral de la salud.

La distribución de folletos, la elaboración de carteles y periódicos murales, ayuda asimismo a dar una imagen más correcta de las instituciones y propicia la actitud de simpatía y aceptación hacia ellas.

IV. RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA MEDICA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LOS MINISTERIOS Y OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD.

En casi todos los países existen cuando menos dos tipos de instituciones: los Ministerios de Salud y los Seguros Sociales. En otros, hay un mayor número de organizaciones cuya finalidad es velar por la salud de la población.

Particularmente en los países en vías de desarrollo, la coordinación de los servicios de las distintas instituciones de salud existentes, constituye una necesidad imperativa. Hay limitaciones de recursos, limitaciones económicas, que se agravan aún más por la elevación constante del costo de las prestaciones médicas, e impiden la realización de programas de asistencia médica integral, que alcancen a la mayor parte o a la totalidad de la población.

En otras ocasiones las dificultades para la proyección de los servicios médicos a todo un país, obedecen a razones geográficas, carencia de comunicaciones y a otras condiciones culturales y sociales de la población.

La situación es tanto más deplorable, cuanto que a la imposibilidad de dar atención a toda la población, se agregan políticas, normas y procedimientos diferentes, duplicaciones innecesarias, desperdicio de recursos, utilización de servicios por una misma persona en varias instituciones y otros factores que puedan formar una larga lista.

Todo lo anterior justifica plenamente los intentos que se hagan para lograr una coordinación de esfuerzos tendientes a mejorar significativamente los niveles de salud de una población.

Para algunos, la coordinación no sería sino una etapa intermedia entre la realización independiente de actividades de una institución sin relación alguna con las de otra, y la integración de servicios de salud, que algunos países de la zona americana tienen ya establecida, con diferentes resultados hasta la fecha.

No es este el sitio de discutir si así es en realidad, o si la coordinación constituye en si misma un fin útil de acuerdo con realidades actuales.

La coordinación es una actividad fundamental que debe ser promovida con el mayor empeño por todas las instituciones de salud.

Como es natural, cada país la establece en aquellos aspectos que considera más necesarios; por ejemplo, en facilidades para internamiento en hospitales de

enfermos de una y otra institución; en el aprovechamiento de los recursos de una institución para la docencia e investigación del personal de otra institución; en adquisición global de instrumental y equipo para la reducción de los costos, en intercambio de experiencias sobre la planeación, organización, sistemas de supervisión y de evaluación de los servicios; en la realización conjunta y coordinada de programas educativos o de prevención. Debe pensarse sin embargo que la coordinación deberá tender a uniformar en lo posible, las políticas generales de salud, la planeación de unidades médicas, de servicios y de necesidades de personal; de sistemas de supervisión y evaluación; de información estadística; de programas de enseñanza y de educación continua, de normas en los diversos elementos de la organización. Pero en todos los casos sin mengua de la libertad de independencia de cada institución y del respeto que ha de tenerse a la estructura y organización propias de cada una.

Algunos países tienen establecidas Comisiones coordinadoras, integradas por los directivos de más alto nivel de las diversas instituciones, con la participación de los Ministerios de Salud, Seguros Sociales, Universidades y otros organismos. De dicha Comisión dependen diversos comités de trabajo responsabilizados de estudiar la coordinación en diferentes campos: medicina preventiva, planeación de unidades médicas; cuadros básicos de medicamentos, laboratorios y otros instrumentos semejantes. En cada comité de trabajo debe haber representantes de las instituciones coordinadas; dichos representantes pueden proponer a los integrantes de la Comisión de más alto nivel, aquellos proyectos que juzguen necesarios.

Se han establecido también comités regionales que conociendo la importancia y magnitud de los problemas que confrontan en una región geográfica determinada, someten a la consideración de los comités centrales de trabajo los programas que a su juicio deben realizarse; requiriéndose además la aprobación técnica y administrativa de dichos programas, por los integrantes de la Comisión del más alto nivel, antes de su iniciación.

En el funcionamiento de las Comisiones coordinadoras se presentan diversas situaciones: con gran frecuencia la eficacia y solidez de la labor conjunta, es extraordinaria en los niveles altos e intermedios, siendo muy laxa y poco trascendente en los aplicativos; en otras ocasiones acontece que estos últimos son los que comprenden y sienten mejor la necesidad y conveniencia de la coordinación.

En cuanto a los comités regionales, pretenden actuar con independencia total del grupo central, tanto desde el punto de vista técnico como del administrativo; lo que resulta inconveniente, ya que muchos de los programas que pro-

yectan realizar requieren de un apoyo financiero que sólo puede ser decidido por los niveles superiores.

Todos estos aspectos necesitan ser cuidadosamente observados a fin de que el esfuerzo conjunto de las instituciones rinda los frutos que de él se esperan.

En todo caso conviene pensar siempre en el beneficio colectivo que la labor coordinada puede traer; insistiendo en que sólo mediante el respeto mutuo, la información adecuada y el sentido social y de servicio del personal de las instituciones, podrán obtenerse los resultados que permitan impulsar los programas de salud nacional, incorporando dentro de la planeación nacional los recursos que permitan acelerar el desarrollo económico social.

V. SUGESTIONES PARA OPTIMIZAR EL RENDIMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA UNA PRESTACION DE MEDICINA INTEGRAL EN LOS SEGUROS SOCIALES DEL AREA LATINOAMERICANA.

De todo lo expuesto en los capítulos precedentes se pueden derivar tres problemas fundamentales en los seguros sociales del área latinoamericana.

El primero de ellos es una insuficiencia de recursos humanos para su operación, básicamente por escasez y distribución territorial anárquica de personal de salud.

El segundo es la existencia de una infraestructura sanitaria pobre, que reduce considerablemente la aplicabilidad de las medidas para saneamiento ambiental y medicina preventiva. Aunada a éstas existe también una carencia, generalmente importante, de instalaciones y equipo para la atención médica.

El tercero está relacionado con insuficiencias financieras, dado que porcentajes elevados de la población de la América Latina no son económicamente activos y carecen, en consecuencia, de los requisitos que marcan los ordenamientos jurídicos para su incorporación a los regímenes de seguridad social, o bien, las legislaciones vigentes han dificultado su inclusión como asegurados y beneficiarios.

Sería utópico buscar fórmulas de aplicación universal en la organización de prestaciones de salud en los seguros sociales latinoamericanos. Pueden hacerse sugerencias de carácter general, aplicables en mayor o menor grado a cada país en lo particular, y todas ellas basadas en la necesidad imperiosa de optimizar el rendimiento de los recursos disponibles con el objetivo básico de hacer de la prestación médica en la seguridad social un factor de impulso definitivo al desa-

rrollo económico y social y un elemento preciso dentro de la política de salud trazado por cada gobierno.

Dentro del concepto de medicina integral expuesto a lo largo de la ponencia resalta que en el estado actual de desarrollo de la América Latina la atención de enfermedades, la tradicional medicina curativa, tiene aún un papel preponderante, sin que esto demerite en lo más mínimo la necesidad urgente de poner en aplicación todas las medidas para modificar los factores ecológicos y sociales que afectan a la salud. Consecuentemente en la política de atención médica en los seguros deben mantenerse y fortalecerse con toda la amplitud posible los servicios de medicina integral, cuyo soporte fundamental son las instalaciones y el personal para consulta ambulatoria, o externa, y los servicios de hospitalización.

Para las finalidades anteriores se sugieren las siguientes políticas generales:

1.—*Política institucional de prestaciones médicas.*

1.1 *Servicios directos.*

La experiencia adquirida en la operación de los seguros sociales en América Latina ha demostrado las ventajas de los servicios directos en el otorgamiento de prestaciones médicas. Con este sistema es posible establecer normas institucionales de planeación y programación de la atención médica, que favorecen un empleo más racional, realista y eficaz, de los recursos disponibles y permiten simultáneamente un mejor equilibrio financiero.

1.2 *Atención médica integral.*

A lo largo de esta ponencia se han expuesto las limitaciones de una atención médica para la reparación de daños, contenido tradicional de la medicina curativa y de rehabilitación, y las ventajas de extender la atención médica a los conceptos más amplios de la medicina integral, e incorporarla definitivamente como un elemento de la política nacional de salud.

Esta necesidad es particularmente imperiosa en los países en proceso de desarrollo, por la insuficiencia de recursos para la medicina preventiva y el saneamiento ambiental que son tan comunes en el ámbito latinoamericano.

1.3 *Cobertura del núcleo familiar.*

Los servicios médicos directos con atención integral deben ser proyectados a la protección del núcleo familiar, como un elemento trascendental desde el punto de vista social y de máxima importancia desde el punto de vista médico. Debe enfatizarse también que en el ámbito latinoamericano poco se gana, desde el punto de vista de la salud, con ofrecer recursos modernos de atención médica solamente al asegurado, y en forma muy limitada o nula a sus derechohabientes. Este proceder estrecha a márgenes mínimos la capacidad de la seguridad social para convertirse en un elemento auténtico de desarrollo social y económico.

1.4 *Adecuación médico social.*

En los últimos años se ha hecho cada vez más urgente, dentro de los conceptos de la medicina integral, la necesidad de adecuar convenientemente la atención médica a las características sociológicas de la población amparada, evitando la extrapolación de procedimientos y sistemas a regiones con características culturales, económicas, sociales, éticas, y de otra naturaleza, suficientemente distintas a las que prevalecen en las regiones donde esos sistemas se originaron.

Esto es de particular importancia en la extensión de los servicios a regiones rurales donde debe adoptarse una política de planeación que contemple en toda su amplitud los problemas integrales, médicos y sociales, para alcanzar así una concepción de prestaciones, y la impartición de ellas, que resuelvan no solamente las carencias y necesidades particulares de esos grupos económico-sociales, sino que sean capaces, además, de convertirse en un elemento activo de cambio, necesario para la incorporación, genuina y auténtica, de esos conglomerados humanos a niveles superiores de salud y bienestar biosocial.

1.5 *Adecuación económica.*

Los últimos años han demostrado la necesidad urgente e insoslayable de prestar atención a los factores ecológicos que influyen en el deterioro de la salud física, mental y social. Así, resalta la necesidad de incluir, entre los elementos de planeación para una medicina integral, un análisis cuidadoso de las condiciones ecológicas características de la zona o región propia de la población amparada, incluyendo también un análisis suficiente de los factores económicos y sociales que influyen en la salud humana.

No basta simplemente con considerar en la planeación médica una lucha

contra la contaminación ambiental, contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, si en forma paralela no se propician también las modificaciones que satisfagan mejor la necesidad humana de vivienda, alimentación, higiene, educación, recreación y adiestramiento para el desarrollo de actividades mejor remuneradas.

1.6 *Integración de los recursos para la prestación médica.*

Alcanzar metas como las que han sido expresadas en los puntos anteriores requiere de una disponibilidad óptima de recursos humanos, materiales y financieros. El fraccionamiento de estos recursos, cuando son usados en forma parcial, por existir una pluralidad de agencias encargadas de la aplicación de seguros determinados a sectores muy concretos de trabajadores, dificulta la obtención de resultados óptimos, lo mismo en el empleo de instalaciones y reservas económicas que en los recursos humanos. Es general la experiencia de que esta dispersión de recursos conduce a rendimientos operacionales menores y a costos más elevados por el contrario cuando toda la capacidad disponible es empleada con un solo criterio y con una planeación uniforme para la atención médica se pueden obtener resultados más satisfactorios desde el punto de vista médico y desde el punto de vista financiero.

2.—*Planeación y programación institucional.*

Es aconsejable que la planeación y programación institucional de la atención médica se dirija a objetivos precisos, a corto, mediano y largo plazo. Entre ellos se sugiere considerar los siguientes:

2.1 *Rendimiento y productividad.*

La adopción de normas institucionales para la selección de personal, materiales y equipos, y la programación de la atención médica, son capaces de elevar considerablemente el rendimiento cuantitativo y cualitativo de los recursos y de estimular la productividad. Todo esto se favorece, además, cuando se establecen normas institucionales de supervisión y evaluación permanente.

2.2 *Planeación de instalaciones.*

Una de las experiencias más valiosas que se han obtenido en los últimos años es la conveniencia de estructurar la red de unidades médicas de los seguros sociales, en una región o país, siguiendo criterios institucio-

nales precisos, entre los cuales se encuentran fundamentalmente los siguientes:

- Regionalización, que básicamente comprende la estructuración de regiones en función de la concentración demográfica de derechohabientes, y dotar a cada una de ellas de los elementos para la atención médica, que la conviertan en autosuficiente, o cuando menos con los elementos necesarios para evitar recurrir al auxilio de otras unidades, salvo en los casos médicos de excepción, que requieren de la dotación de recursos humanos y materiales de alta especialidad, los cuales pueden estar concentrados en un solo sitio de un país.
- Determinación de niveles de la atención médica y jerarquización de unidades y servicios.

Este factor es consustancial con el de regionalización, y básicamente requiere establecer un criterio institucional de niveles de atención médica, para evitar que proporciones exageradamente elevadas de actividades médicas pretendan ser satisfechas en unidades con altos recursos de especialidad, cuando técnicamente pueden ser eficazmente resueltas en otro tipo de unidades médicas. Obviamente, la regionalización y jerarquización de unidades y servicios requiere del establecimiento de normas institucionales, ágiles y precisas, para el tránsito de pacientes, y la inclusión de procedimientos de supervisión para el funcionamiento adecuado de esta coordinación institucional de recursos.

- Promoción de calidad en la atención médica, que incluye además de la superación en los resultados de cada acto médico mediante el empleo de los recursos de mayor eficacia comprobada en el diagnóstico y la terapéutica, la creación de actitudes en el personal que permitan optimizar las relaciones médico-paciente dentro de las normas humanísticas más sólidas; lograr la comprensión y convicción en el personal sanitario de la interacción precisa que existe entre lo médico y lo social en el campo de la salud y cómo la seguridad social, y los seguros sociales, constituyen un sistema aplicativo de las doctrinas, que como una expresión de anhelos universales, luchan por ofrecer al ser humano mejores situaciones de convivencia y de existencia dentro de los preceptos de la justicia social.

Lo anterior debe conducir a los seguros sociales a establecer programas específicos para la capacitación permanente del personal en general, y en lo particular de los servicios médicos: Se sugiere que estos programas

incluyan las actividades académicas y docentes acostumbradas en las instituciones médicas, y además, se incorporen en ellos todos los elementos adecuados para una mejor comprensión de la doctrina social, y de la seguridad social.

En forma similar se sugiere que los seguros sociales adopten una política en materia de educación médica, para fomentar un empleo más racional y realista de los recursos humanos y materiales necesarios para la formación de los profesionales. A este efecto es altamente recomendable estimular los mecanismos de comprensión entre los organismos docentes en los países y los organismos de salud, para alcanzar en armonía la meta última de obtener profesionales con mejor preparación técnico-científica, y estrecha vinculación con la problemática socio médica nacional.

3.—*Controles de calidad en materiales y equipo.*

3.1 *Medicamentos.*

Las medidas institucionales para estos controles son de una importancia superlativa. En el caso de los medicamentos la necesidad es por sí misma evidente en el aspecto médico, y de importancia económica básica, en los sistemas de adquisiciones, para favorecer el equilibrio económico. El procedimiento que ha demostrado máxima eficacia es la elaboración de cuadros básicos de medicamentos.

3.2 Los problemas de calidad en función de materiales y equipos requieren la adopción de medidas y normas institucionales, por razones de índole económica y para evitar la interrupción de los servicios por descomposuras, secundarias a insuficiencias, institucionales o de proveedores, en el mantenimiento y reparación.

4.—*Coordinación intrainstitucional.*

4.1 *En los servicios médicos.*

Para la captación de informes estadísticos que permitan el análisis de rendimientos y costos y la evaluación cualitativa y cuantitativa de la atención médica, es indispensable promover una coordinación intrainstitucional que asegure el empleo de terminología uniforme y de sistemas de recolección de datos que permitan su procesamiento con los procedimientos de mayor eficacia como la computación electrónica.

4.2 *Médico administrativa.*

La adopción de normas institucionales para coordinar e integrar en criterios uniformes los aspectos administrativos y financieros de las ramas de aseguramiento comprendidas en un seguro social es altamente recomendable, fundamentalmente para evitar el subempleo de recursos pecunarios, o su utilización en actividades rentables no relacionadas con la seguridad social, en demérito de su empleo en la promoción de salud y de desarrollo social y económico de los asegurados y sus derechohabientes.

5.—*Coordinación de servicios médicos sociales.*

La inclusión de prestaciones sociales está considerada como un complemento definido en la operación de los seguros sociales. Se sugiere una política institucional que vincule estrechamente los servicios sociales que se imparten con las prestaciones de salud, a efecto de integrar la capacidad de influir coordinadamente en la promoción de salud y el progreso social de los derechohabientes. Se sugiere favorecer esta coordinación con normas institucionales que permitan la interacción mutua y el máximo rendimiento de los servicios sociales como complemento de las prestaciones de salud.

6.—*Humanización de la medicina.*

En los últimos años ha sido prácticamente unánime la afirmación dentro y fuera de los ámbitos médicos, de que la atención médica es cada vez más despersonalizada, siendo lo general que se califique este fenómeno como “deshumanización de la medicina”. Con frecuencia se ofrecen opiniones tendenciosas que tratan de achacar este proceso a los sistemas de medicina social, aunque, justo es reconocerlo, existen otras opiniones que generalizan el problema y lo sitúan también en la práctica de la medicina privada.

Dentro de los seguros sociales existe plena conciencia sobre el valor de la relación médico paciente, como un componente fundamental de la calidad en la atención médica, el cual además no está influido ni desvirtuado por elementos extramédicos, generalmente de índole económica, supuesto que en la prestación médica de los seguros sociales los pacientes son derechohabientes, y en los sistemas directos el personal profesional que los atiende recibe una remuneración institucional por sus servicios, no ligada en forma alguna a la condición económica del paciente.

Concientes de la importancia de preservar en su más profundo valor humano

la relación médico-paciente, y de que ésta constituye un elemento de gran importancia en el curso de la enfermedad misma, se estima de la mayor necesidad sugerir que las instituciones de seguridad social dediquen particular empeño al estudio científico de este problema, haciendo uso de las mejores técnicas disponibles en ciencias sociales y de la comunicación.

Es altamente recomendable la planeación y el desarrollo de programas particulares para los diversos grupos de trabajadores que intervienen directamente en la atención médica, fundamentalmente médicos y enfermeras, y debe enfatizarse la sugestión de que esta planeación sea la consecuencia de un conocimiento racional de las situaciones reales que prevalecen en cada medio, pues las consideraciones de carácter general, que con tanta frecuencia se escuchan, no son sino un reflejo de la escasa profundidad a que han sido llevados los estudios concretos.

Por otro lado es también motivo de especial recomendación el desarrollo de estudios semejantes para conocer, en lo cualitativo y en lo cuantitativo, la actitud de los pacientes frente a los servicios médicos de los seguros sociales, por lo cual se recomienda diseñar estudios sociológicos integrales de este tema, que conduzcan al establecimiento de problemas particulares para modificar, en lo conducente, la actitud de los derechohabientes.

Todo lo anterior alcanza su pleno valor si se pondera a la luz del estado actual de la atención médica, con sus sólidas bases científicas y su creciente y precisa implementación tecnológica. El problema se vuelve aún más complejo cuando en este balance de condiciones se incluye, necesariamente, los valores imperantes en la educación médica moderna en la cual, numerosos educadores de reconocido prestigio internacional, han enfatizado la desmedida importancia que suele darse a la formación científica y tecnológica de los futuros médicos y al desarrollo en ellos de una actitud de culto exagerado de la técnica sin la concurrencia de una formación completa e integral en los aspectos humanísticos y sociales de la medicina.

Es todavía una tendencia, motivo de crítica constante, la escasa vinculación que existe entre los puntos de vista de las instituciones educativas médicas y la realidad social en las demandas de atención médica, cuyo reflejo, en última instancia es la débil concurrencia de objetivos comunes, expresado en muchos países, en forma por demás lacerante, en la escasez de personal profesional y en la anárquica distribución cualitativa para los distintos niveles de la atención médica, y cuantitativa para las exigencias territoriales.

Una mayor consideración y sugerencia sobre este tema sería la de un llamado

vehemente a la más auténtica comprensión de la necesidad impostergable de restablecer en toda su valía la vieja prestancia social del médico, no como un simple curador de enfermos, sino como el más auténtico guía en los complejos problemas de la vida diaria que afectan la salud biológica, económica y social del hombre. Restablecer este delicado equilibrio es una tarea difícil, pero no imposible, y los seguros sociales deben realizar sus mejores esfuerzos en lograr esta meta de tan importante interés actual y futuro.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. J. J. DUPEYRAUX: LE DROIT A LA SECURITE SOCIAL DANS LES DECLARATIONS E PACTES INTERNATIONAUX".

Droit Social. París 1960.

2. SISTEMAS DE INFORMACION Y EVALUACION DE LA PRODUCTIVIDAD EN EL CUIDADO Y PROMOCION DE LA SALUD EN EL AMBIENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Dres. Gastón Novelo y
Rafael Sánchez Zamora,
IX Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
Secretaría General del Comité Permanente Inter-
Americano de Seguridad Social.

Revista Seguridad Social.
México. Núms. 71-72.
Sept-Dic. de 1971.

3. SISTEMA MEDICO FAMILIAR.

Manual. México. 1972.

4. PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DE HOSPITALES.

Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional
de la Organización Mundial de la Salud, 1969.

5. A GUIDE TO MEDICAL CARE ADMINISTRATION.

Volumen I: Concepts and Principles.
American Public Health
Association.

6. LA MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD.

Dr. Alfredo Leonardo Bravo.
Primer Congreso Americano de Medicina
de la Seguridad Social.

Revista Seguridad Social. México.
Núm. 56. Marzo-Abril 1969.

7. SISTEMAS DE SALUD.

Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud. 1972.

8. COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA.

Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud. 1970.

9. ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA MEDICA EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL.

Dr. Milton Roemer.
Oficina Internacional del Trabajo.
Ginebra. 1969.

10. ADMINISTRACION HOSPITALARIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Publicación Científica No. 155.
Organización Panamericana de la Salud.
1967.

11. COORDINACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. SUPLEMENTO| Informes de diez países.

Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana. 1968.
Publicación Científica No. 154-A.

12. GUIA PARA LA COORDINACION DE LA ATENCION MEDICA.

Recopilación de recomendaciones hechas por los
cuerpos directivos y grupos de expertos en la
Organización Panamericana de la Salud.
Febrero 1971

13. HECHOS QUE REVELAN PROGRESO EN SALUD. 1971.

Publicación Científica No. 227.
Septiembre de 1971.

14. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Jefatura de Planeación de la Subdirección
General Médica del I.M.S.S. 1970.

15. ASISTENCIA MEDICA INDIVIDUAL Y SEGURIDAD SOCIAL. Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS.

Organización Mundial de la Salud,
Serie de Informes Técnicos No. 480.
Ginebra. 1971.

APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES

1.—COSTA RICA.

“ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL”

Dr. Jorge Elías Ramírez.
Dr. Rafael Ruano.

2.—MEXICO.

“SISTEMA MEDICO FAMILIAR. CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

Dr. José Manuel Sáinz Janini.
Dr. Raúl Hernández Jáuregui.

3.—NICARAGUA.

“ORGANIZACION DE LA ASISENCIA MEDICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y SU ADAPTACION A LAS NECESIDADES DE EXTENSION DEL CAMPO DE APLICACION”.

Dr. Abraham Rossman Castilla.

4.—GUATEMALA.

“ASISTENCIA MEDICA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL”.

Dr. Manuel Antonio Girón.

5.—MEXICO.

“SISTEMA MEDICO FAMILIAR. UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”.

Dr. Pedro Alegría Garza.
Dr. Rodolfo de Mucha.

6.—PANAMA.

“ASISTENCIA MEDICA. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION”.

Dr. Keith Holder.

Dr. Ernesto E. Triana B.

7.—ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

“PROGRAMAS DE ASISTENCIA MEDICA”.

Dr. Alfredo Leonardo Bravo.

8.—PERU.

“LA PRESTACION MEDICA DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO EN LA REGION SUR DEL PERU”.

Dr. Marcial Ríos.

9.—BRASIL.

“ALGUNOS ASPECTOS DE LA ASISTENCIA MEDICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION SOCIAL DE BRASIL”.

Dr. Fioravanti Alonso Di Piero.

10.—MEXICO.

“LA FICHA MEDICA INSTITUCIONAL”.

Consejo Nacional de Prevención de Accidentes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Dr. Ricardo Campos Huttich.

INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la ponencia relativa a "ASISTENCIA MEDICA. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION", presentada por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, tomando en cuenta las aportaciones en dicho Tema; y las consideraciones formuladas por la Mesa Directiva y el Grupo de Trabajo, llegó a las siguientes conclusiones:

1. La medicina de la Seguridad Social ha evolucionado a tono con las corrientes en que el ejercicio médico se han marcado en todos los ámbitos del mundo, dentro de las que destacan su especial contemplación aplicativa en aspectos sociales, el desarrollo de sus técnicas para ser empleadas en grandes grupos humanos y el marcado enfoque preventivo y rehabilitatorio que ahora acompañan al tradicional concepto curativo de la práctica médica. La ciencia médica y su aplicación integral tiene aspectos humanísticos muy definidos. La prevención favorece la economía de las Instituciones de salud y contribuye al desarrollo socio-económico de los países.
2. Por ser la salud y la vida humana su objetivo fundamental y por la vasta extensión de recursos sanitarios que posee, la medicina de las instituciones de seguridad social requiere contribuir en gran escala a la formación del personal de salud que cada país necesita y a la capacitación y actualización permanente del que trabaja en ella. Forma parte de este propósito la promoción de la investigación biomédica y psicosocial necesaria para mantener al día sus técnicas y su productividad. La enseñanza continuada del personal de salud está justificada además por los avances de la ciencia médica y por la elevación extraordinaria de la calidad de las unidades médicas en donde se necesite. Se procurará que abarque todos los niveles del personal de salud y se impartirá a través de cursos, sesiones, publicaciones científicas, becas, congresos, etc. La investigación biomédica y social es indisoluble de la enseñanza y de la práctica de la medicina de la Seguridad Social.
3. Sus objetivos son la salud individual y colectiva de la población protegida, pero conviene que tome como referencia social primaria el núcleo

familiar. Ello le permite un mejor conocimiento de los problemas médicos y sociales de la comunidad. Tan gran utilidad epidemiológica facilita la orientación y educación médica de las comunidades y favorece las buenas relaciones entre la población y el personal de salud.

4. Las instituciones de seguridad social deben mantener dentro de una elevada prioridad la tendencia a cubrir cada vez mayores núcleos de población y la fuerte corriente a la expansión de sus servicios médicos en áreas rurales, pues ello determina modalidades en la inversión de recursos que necesariamente repercuten sobre la operación médica misma.
5. La medicina de los seguros sociales ejerce una influencia muy favorable sobre las condiciones del medio, haciendo que se abata la morbimortalidad de la población general, a través de campañas educativas, de prevención específica y de la utilidad del personal de salud como agente de cultura médica en el ambiente. Debe haber una satisfactoria adecuación entre la atención médica, las condiciones socioeconómicas del medio y su situación ecomédica.
6. Se recomienda la implantación de atención médica a través de servicios directos, admitiendo como excepcionales las circunstancias en que es razonable subrogar la atención médica.
7. El contacto primario del paciente es con el Médico Familiar que constituye el eje de la prestación médica. Tiene un grupo de familias a su cuidado, a las que atiende tanto en el consultorio como en el domicilio y trabaja tiempo completo con horarios que facilitan la atención de los derechohabientes. Su actuación tiene la más alta proporción de enfoque preventivo y de contacto médico-social con la comunidad. Recibe el apoyo de los demás recursos de atención médica: médicos especialistas, servicios de urgencia, auxiliares de diagnóstico, hospitalización, enfermería, trabajo social, archivos clínicos, etc.
8. Se considera indispensable "el expediente clínico" en el sistema de atención médica.
9. Debe promoverse el que la mayoría de las consultas en pacientes ambulatorios se efectúen a través de una cita previa.
10. Es indispensable la sistemática operación de la modificación que preconiza la Organización Mundial de la Salud.

11. Se estima muy deseable el estudio de la llamada "atención progresiva" de los pacientes para valorar si en definitiva es el sistema de atención médica más conveniente.
12. Los servicios médicos deben ser fácilmente accesibles a la población, lo cual requiere unidades médicas bien ubicadas, en número suficiente, con zonas de adscripción correctamente establecidas y con coordinación fácil y dinámica.
13. La calidad de los servicios médicos depende de los factores precitados, a los que debe añadirse la llamada "evaluación médica" concebida como un recurso de carácter decente, sin fines punitivos, que la institución pone al servicio de sus médicos para propiciar su mejoramiento profesional.
14. La calidad de los servicios médicos requiere de fórmulas técnicas y técnico-administrativas que la sustentan, organizan e implementan. Dentro de esos elementos se destacan:
 - a) La planificación que requiere información y análisis cuidadoso para un verdadero diagnóstico de salud e interviene en la valoración de los recursos, constitución de unidades médicas, procedimientos y actividades de cada grupo, mecanismos de supervisión y evaluación, programación de la capacitación contenida, coordinación interna y externa, etc.
 - b) La selección de personal de salud debe ser tan rigurosa como sea posible para lograr incorporar al personal de mejores características incluyendo aspectos de aptitud, de salud y de reacciones psicológicas.
 - c) La supervisión de actividades permite satisfactoria información al nivel ejecutivo. No es inspección. Es asesoría, orientación, ayuda y apoyo para el personal. Al igual que la planificación y la evaluación, requiere un grupo especial que la realice.
 - d) La evaluación de resultados es básica en toda organización y requiere precisar metas, obtener información, análisis, comparación de lo obtenido con lo previsto, etc. La evaluación de la productividad es uno de los factores más trascendentes.
 - e) La computación electrónica aplicada a los procedimientos médicos

y técnico-administrativos resultaría de un valor inestimable y por lo tanto debe promoverse.

- f) La optimización de recursos es de particular importancia en los países en desarrollo.
 - g) La construcción de unidades médicas debe contemplar la forma jerarquizada de la impartición de la atención médica, pues deben planificarse con recursos humanos y maternidad diferentes. Esto implica una estrecha coordinación entre los diferentes tipos de unidades y una adecuada regionalización de las mismas. Las unidades pueden ser sólo para consulta externa, para hospitalización o cubrir ambos campos y sus características deben obedecer a análisis de planificación delicada.
 - h) Es indispensable aplicar indicadores de requerimientos en la capacidad instalada, en personal de salud y en todos los renglones de consumos.
 - i) Se recomienda el que exista una farmacia en cada unidad, cuyo abastecimiento sea suficiente y oportuno.
 - j) Se estima indispensable que se cuenten con cuadros básicos de medicamentos, equipo y material de curación y que exista un CONTROL DE CALIDAD propio de cada institución. Para las instalaciones y equipos es deseable el mantenimiento preventivo.
 - k) Se recomienda un sistema de información educativa permanente a los derechohabientes.
15. Se estima que la coordinación con otras instituciones de salud es un imperativo que debe acelerarse. Está justificado por limitaciones económicas, aspectos geográficos, comunicaciones deficientes, etc. y evita duplicación en inversiones y consumos. Cada país debe buscar la fórmula adecuada para lograrla en todas las áreas de actividad.
16. El otorgamiento de prestaciones sociales (enseñanza de oficios y actividades manuales, deportivas, culturales, artísticas, etc.) es un excelente marco a la actividad médica y debe promoverse.
17. Los aspectos de relaciones humanas dentro del personal de la Institución y hacia los derechohabientes y sus familiares, deben constituir un motivo de preocupación permanente y consumir esfuerzos de la más alta jerarquía para su buena evolución. La mística institucional es uno de los más valiosos recursos y satisfactores de trabajo.

18. Las relaciones públicas hacia la población en general deben también ser adecuadamente enfocadas y mantenidas celosamente para el mayor prestigio de la institución.
19. La atención médica debe ser "humanista" cuidando la excelente relación médico-paciente, médico-familia y médico-comunidad. Se recomienda mantener en el médico la imagen del hombre de ciencia que pone su destreza al servicio del paciente pero con amabilidad, afecto e interés; la imagen del médico como guía en los complejos problemas de la vida diaria que afectan la salud biológica, económica y social del hombre.

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo de

Grupo de Trabajo No. 3

Mesa Directiva:

Presidente: Dr. Luis Castelazo Ayala (CPISS).

Vicepresidente: Dr. Abraham Rossman Castilla (Nicaragua).

Secretario Técnico: Dr. Keith Holder (Panamá).

Integrantes:

- Dr. Dr. Gilbert R. Barnhart (USA).
- Dr. Carlos Boettner (Paraguay).
- Dr. Alfredo Leonardo Bravo (OPS).
- Dr. Ricardo Campos H. (México).
- Dr. Máximo Carrizo (Panamá).
- Dr. Miguel Coello (Ecuador).
- Dr. Jorge Fong Lau (Panamá).
- Dr. Manuel Antonio Girón (Guatemala).
- Dr. Moisés Medina (Panamá).
- Dr. Guido Miranda (Costa Rica).
- Dr. Arnaldo Muñoz Armestar (Perú).
- Dr. Carlos M. Prada Díaz (Costa Rica).
- Dr. Jorge E. Ramírez R. (Costa Rica).
- Dr. Mario Reni Roldan (El Salvador).
- Dr. Luis Richer (Paraguay).
- Dr. Marcial Ríos (Perú).
- Dr. Guillermo Ros-Zanet (Panamá).

Dr. José Manuel Sáinz Janini (México).
Dr. Gerónimo Segovia (Paraguay).
Dr. Rafael Senties V. (México).
Dr. Ernesto Triana (Panamá).
Dr. Carlos Vivas Huete (Nicaragua).