

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 PROTEC- CION 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.	

	Página
Ponencia Oficial de la Organización de los Estados Americanos.	
Sr. Beryl Frank _____	283
QUINTA SESION PLENARIA _____	313
Tema: LA CALIDAD Y EL COSTE DE LAS PRESTACIONES MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION.	
Ponencia Oficial de la Organización Panamericana de la Salud.	
Dr. Alfredo Leonardo Bravo _____	315
SEXTA SESION PLENARIA _____	341
Tema: RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá.	
Dr. Guido Miranda.	
Dr. Enrique Urbina.	
Dr. Luis Asís.	
Dr. Rafael Ruano _____	343
SEPTIMA SESION PLENARIA _____	363
Tema: CURRICULUM Y PRESTACION MEDICA INTEGRAL.	
Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.	
Dr. Andrés Santas _____	365
OCTAVA SESION PLENARIA _____	383
Tema: LA EDUCACION CONTINUADA Y LOS PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.	
Dr. Juan Rodríguez Argüelles.	

CUARTA SESION PLENARIA

- Presidente: Lic. Alberto. Echevers,
Subdirector General
Caja de Seguro Social. Panamá.
- Vicepresidente: Dr. Arnaldo Muñoz Armestar,
Director del Consejo Directivo Unico.
Caja Nacional del Seguro Social. Perú.
- Secretario Técnico: Dr. Manuel Díaz Isaacs,
Director Médico del Hospital General.
Caja de Seguro Social. Panamá.

TEMA:

PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS
PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PONENTE: ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS
SR. BERYL FRANK.

PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

I. PRESENTACION

En el presente documento se examina, en primer lugar, los aspectos administrativos de los actos médicos de la seguridad social; es decir, contiene consideraciones administrativas relacionadas con los servicios prestados directamente por el médico, con la hospitalización y con la prestación farmacéutica, que se requieren para otorgar a los derechohabientes las prestaciones médicas de la seguridad social. Luego se procederá a examinar todas las funciones denominadas administrativas dentro de las instituciones de seguridad social, que en una u otra forma tienen relación con los servicios médicos.

Como es el caso de muchas disciplinas en el mundo moderno, los campos administrativo y médico están estrechamente interrelacionados. No son ni deben ser considerados como campos que se oponen, sino que el médico y el administrador deben trabajar en equipo, cada uno complementando la acción del otro y cada uno aprendiendo del otro.

Con base en este examen se espera llegar a algunas conclusiones de interés para los administradores y para el personal médico y paramédico, que contribuyan a la prestación de servicios más satisfactorios a los usuarios y que faciliten el otorgamiento de los mismos. Desde luego, no se pretende afirmar que no existan problemas o que todos los problemas sean susceptibles a soluciones fáciles o rápidas. En ciertos casos este trabajo no pretende más que plantear algunos interrogantes que deben ser considerados a la luz de la realidad.

II. INTRODUCCION

Tradicionalmente en América Latina existía la creencia de que sólo los médicos pueden tomar a su cargo la administración de las prestaciones médicas dentro de la seguridad social. Esta creencia ha existido simultáneamente con una escasez crónica de médicos. Frente a una demanda creciente de servicios y una producción limitada de personal médico, el momento ha llegado para estudiar de nuevo si realmente se debe confiar sólo a los médicos la administración de servicios que abarca necesariamente importantes aspectos administrativos. Hay que admitir que existen muchas funciones que deben estar en manos exclusivamente de personas egresadas de las escuelas de medicina. Desde luego, no se niega la importancia a dejar al médico la responsabilidad final para decisiones que afec-

tan directamente la salud del paciente. Al mismo tiempo es evidente que un gran número de médicos en América Latina están dedicando casi la totalidad de su tiempo, dentro de las instituciones de seguridad social, a funciones que pueden estar, en muchos casos, a cargo de administradores, conservando así el tiempo del médico para una mejor utilización profesional.

Es posible que esta práctica de utilizar sólo graduados de escuelas de medicina para administrar todos los aspectos de las prestaciones médicas, se haya originado en una época en la que existía una ausencia casi absoluta de administradores debidamente adiestrados para dirigir los aspectos administrativos de un hospital o de una consulta externa. Sin embargo, hay dos actitudes posibles; la una, que el manejo de un hospital es tan complicado y tan rodeado de consideraciones científicas que no se puede, en ningún momento, confiar la administración a una persona que no haya tenido una preparación en el campo médico; la otra, que acepta que el médico es un profesional en número limitado y cuyo tiempo es muy solicitado, siendo necesario utilizarlo al máximo en funciones estrictamente médicas. Esta última actitud lleva implícita las ventajas de sensibilizar al personal administrativo en los consideraciones de tipo médico, para que cada acto administrativo esté caracterizado por una consideración especial hacia el paciente y sus requerimientos.

Al discutir los aspectos administrativos de las prestaciones médicas de la seguridad social, es necesario distinguir entre la prestación directa de los servicios por parte de las instituciones de seguridad social y al enfoque llamado indirecto, a través del cual la institución de seguridad social obtiene servicios mediante contratos con médicos, con hospitales o con instituciones que tienen a su cargo el suministro de servicios a otros sectores de la población. Es muy común que una institución utilice simultáneamente los dos tipos de suministro de prestaciones, atendiendo a una parte de los asegurados en sus propios servicios y a otra parte mediante la contratación de servicios ajenos. El presente trabajo se refiere a la prestación médica en los servicios propios, es decir, el servicio directo, por tratarse de acciones directamente controladas por la institución de seguridad social, en donde pueden aplicarse métodos administrativos que produzcan los mejores resultados en beneficio del paciente, del médico y de la institución.

La experiencia en el suministro directo de la prestación médica en los seguros sociales de América, indica que el factor costo preocupa cada día más a las instituciones y a sus autoridades. Los costos incurridos en prestar servicios médicos han excedido los cálculos en casi todos los países donde existen los seguros sociales de enfermedad. Además, en algunos países, los gastos médicos han consumido una parte de las reservas establecidas para financiar los riesgos a largo plazo, es decir, las pensiones de invalidez, vejez y sobrevivencia. Hasta cierto

límite, se puede aumentar las cuotas por concepto de enfermedad, pero los sistemas están rápidamente al momento de preguntarse si es posible aplicar mejor las técnicas de administración para mantener dentro de límites razonables los gastos destinados a financiar los servicios médicos. Cuando año tras año los sistemas muestran déficit en el financiamiento de los servicios médicos, no se puede ignorar las posibilidades de aplicar las técnicas modernas de administración para conocer exactamente cuáles son los costos imputables a cada establecimiento y a cada clase de servicio; así se estará en capacidad para comparar con costos de otros establecimientos y servicios de tamaño similar y en condiciones análogas, y poder saber dónde se han excedido los límites razonables, e investigar y tomar medidas correctivas destinadas a reducir los gastos.

Un factor que ha hecho importante y tal vez imprescindible el control de costos en la prestación de los servicios médicos, es la falta de pago oportuno por parte de los gobiernos de las contribuciones que las leyes imponen a ellos. Esto quiere decir que un gran número de sistemas de seguro social tienen que funcionar con ingresos —en la mayoría de los casos— reducidos por lo menos en una cuarta parte de lo calculado originalmente. La demora de los gobiernos en el pago de los aportes que les corresponden como Estado ha llegado al punto de obligar a algunos países a ni siquiera tomarlos en cuenta al preparar sus planes de trabajo. Las deudas acumuladas en ciertos casos son de tal magnitud que no sería prudente incluirlas en las cuentas a cobrar, por lo menos no sería realista. Si en la mayoría de los sistemas las prestaciones médicas representan el mayor egreso y las perspectivas financieras de los sistemas no son halagadoras —debido en parte a la ausencia de un aporte Estatal muchas veces equivalente a una cuarta parte de los ingresos originalmente calculados— la necesidad de aplicar técnicas administrativas para el manejo y control de las prestaciones médicas es también muy evidente.

La interrelación entre las prestaciones médicas y la administración es tal que sería difícil decir con precisión, que cierta función es estrictamente administrativa o médica. Es indudable que dentro de un establecimiento médico cada acto administrativo tiene un efecto médico y viceversa. Esto quiere decir que en la práctica debe existir una colaboración constante entre todos los que, en una forma u otra, aportan sus esfuerzos al logro de la meta más importante de la mayoría de los sistemas del seguro social en la América Latina: el suministro de atención médica adecuada y en forma oportuna a las personas con derecho a ella. Esta dicotomía entre los aspectos médicos y administrativos tiene que eliminarse; en la práctica ha desaparecido o está desapareciendo. Cada uno, sea médico o administrador, debe ser capacitado y debe ser informado en tal forma que comprenda el papel y el aporte que hace el otro, para que cada uno pueda así

apreciar el verdadero valor de la acción complementaria; deben colaborar en tal forma que la acción de uno sirva para reforzar la acción del otro, para que no haya una competencia inútil y desleal que vaya a perjudicar, tarde o temprano, a los que suministran la atención médica, y lo que es más grave, a perjudicar a quienes la reciben.

Hay instituciones de seguridad social en América Latina donde existe una separación completa del componente médico, respecto a todos los otros aspectos de la estructura institucional. En algunos lugares esto ha traído como consecuencia una duplicación de casi todas las funciones, lo que va en contra de todos los principios de una administración eficiente. Los servicios médicos tienen problemas especiales que deben ser tomados en cuenta de manera preferencial dentro del cuadro total de actividades de la seguridad social, pero sin perder de vista que esta demanda de una atención preferencial también se aplica a otros servicios; por ejemplo, los de procesamiento electrónico de datos cuyo personal requiere una capacitación muy especializada y cuyos salarios deben ser suficientes para competir con los ofrecidos por el sector privado. Cada especialidad puede aportar argumentos de cierto peso por una atención o consideración especial y, por tanto, se debe tomar en cuenta la situación particular de cada especialidad. Aunque esto no sea fácil de resolver, de ninguna manera puede justificar el establecimiento de estructuras administrativas y hasta organizaciones paralelas para los beneficios a corto y a largo plazo.

Las ciencias médicas están avanzando cada día y el proceso de atender a los enfermos es más complejo y a la vez más caro. El personal médico y paramédico utiliza más equipo y requiere una capacitación cada vez más especializada. Sin embargo, el reconocimiento de los problemas especiales de las ciencias médicas no justifica la creación y el mantenimiento de estructuras administrativas paralelas en donde se repitan las funciones que se llevan a cabo en otras parte de la organización. Se dice que una organización separada es necesaria para evitar que personal no médico asuma el control de los servicios médicos. Este punto de vista tiene que ser enfrentado con el otro concepto de que los servicios ya son tan complicados y tan caros que pocos individuos tienen los medios para tener acceso a ellos, y por consiguiente la sociedad ha adoptado la técnica de seguro social para garantizar a sus miembros la posibilidad de recibir atención médica. Estos mecanismos sociales necesariamente traen consigo un control social sobre las actividades del sector médico y cada día se acepta más la necesidad de que la sociedad que paga un servicio tiene cierto derecho a vigilarlo. Por ejemplo, ya se acepta que los médicos necesitan un permiso para ejercer su profesión y ellos tienen que ceñirse a los principios de ética profesional impuestos por sus propias asociaciones profesionales.

La relación médico-paciente sigue siendo importante y siempre lo será dentro

del ejercicio de la profesión médica y del otorgamiento de las prestaciones médicas de la seguridad social. Sin embargo, un gran número de personas consideran que la organización y suministro de los servicios médicos tiene que girar alrededor de esta relación y, por tanto, todas sus ideas sobre la organización y atención médica están basadas en el principio de mantener esta relación. A pesar de los inconvenientes que el establecimiento de los seguros sociales en el campo de la salud ha traído para los profesionales liberales, se puede afirmar que los seguros sociales han hecho una contribución significativa a la cantidad y calidad de los servicios médicos disponibles para el número en constante aumento de asegurados y dependientes.

Al discutir los aspectos administrativos de las prestaciones médicas de la seguridad social se presume que existe interés en mejorar la administración de los servicios; pero a su vez existen distintos puntos de vista sobre la idea de mejorar los aspectos administrativos. Naturalmente, todos están en favor de otorgar una atención más oportuna y más completa. Sin embargo, una mejora en la administración puede llevar implícita la reducción de costos en un servicio determinado y si esa reducción trae consigo una disminución en el número de funcionarios, se encontrará una resistencia abierta u oculta a tales mejoras. La realidad económica de muchos países es tal vez que el empleo público constituye una de las soluciones al problema de desempleo. Desgraciadamente es difícil que todas las personas desplazadas vayan a encontrar otras oportunidades de trabajo y por consiguiente es comprensible la resistencia a la adopción de medidas tendientes a obtener mayor eficiencia y a reducir los costos.

Aunque prácticamente todas las prestaciones dentro de los sistemas de seguro social están vinculadas en alguna forma a la salud de la población, en el presente trabajo el término "prestaciones médicas de la seguridad social" se refiere a los servicios otorgados en hospitales, en consultorios ambulatorios o en el domicilio del paciente, por medio de médicos (generales y especialistas) y por medio de personal paramédico. También comprende la prestación farmacéutica, la atención odontológica, el suministro de aparatos de prótesis, y el proceso de rehabilitación. Se ha mencionado que estos servicios pueden ser otorgados directamente por la institución de seguridad social con su propio personal e instalaciones médicas, o en forma indirecta, a través de personas y entidades con las cuales la institución de seguridad social tiene un arreglo contractual para obtener servicios para sus beneficiarios. El patrón más común en América Latina es el sistema directo el cual se presta más que el indirecto a la aplicación de las técnicas de supervisión y al ejercicio de controles.

Aun cuando un régimen de seguro social emplea un sistema mixto, utilizando sus propias instalaciones y contratando servicios ajenos para la atención de

ciertos asegurados, la experiencia obtenida a través del manejo de sus propios servicios facilita el proceso de control sobre el costo de los servicios contratados, porque permite a la institución comparar el costo de las dos clases de servicios.

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LOS ACTOS MEDICOS

Servicios prestados por los médicos

El componente primordial de las prestaciones médicas de la seguridad social consisten en la labor del médico en lo que se refiere a diagnosticar y curar las enfermedades de sus pacientes. En esta labor tan básica, los médicos están aplicando un enfoque administrativo, cuando por ejemplo, realizan el análisis de cada proceso para conocer sus componentes y decidir si se requiere o no la intervención del médico en algunos de ellos. La tendencia a encargar a una secretaria médica la toma de los datos generales del paciente, representan a una transferencia de funciones de una persona muy especializada a otra menos adiestrada. Este esfuerzo para conservar el tiempo del médico demuestra el uso de una técnica administrativa y de buen sentido común que es la esencia misma de la buen administración. Los médicos han delegado a las enfermeras y a las secretarías médicas muchas tareas que antes estaban consideradas como inherentes a la función del médico. Esto indica un cambio de actitud y una aceptación del principio de delegación de funciones que seguramente ha aumentado la productividad del médico. No obstante, él sigue fijando las normas y vigilando su cumplimiento, no perdiendo así su control sobre actividades que son esencialmente de una naturaleza médica.

Cuando el médico ejerce sus funciones dentro del hospital y en el consultorio, su rendimiento está supeditado a los resultados de los exámenes que él haya ordenado y a la presencia de la historia clínica del paciente, mantenida en forma actualizada. Si la rutina del hospital o del consultorio no provee oportunamente al médico los datos que él necesita para seguir el progreso de los pacientes, el médico no tiene todos los elementos que requiere para hacer el diagnóstico y para prestar el correspondiente servicio profesional. En otras palabras, no está aprovechando su tiempo en la debida forma.

La contratación del servicio de los médicos para turnos excesivamente cortos, ha traído como consecuencia que los profesionales fragmenten su tiempo en varios empleos y actividades, gastando así gran parte de él en viajar de un lugar a otro. Afortunadamente existe la tendencia a abandonar esta práctica la que se ha visto agravada por el excesivo tráfico de vehículos de las grandes ciudades. En muchos países se ha adoptado, especialmente en los casos de los médicos generales, el tiempo mínimo de cuatro horas de dedicación a una institución. Cuando el médico invierte seis u ocho horas de su tiempo en una institución, es generali-

zada la práctica de dividir las horas entre la atención a los pacientes hospitalizados y a los ambulatorios, así reduciendo aun más el tiempo perdido en viajar de un lugar al otro, pero permitiendo al médico variar su atención entre dos clases de pacientes y, además otorgando la oportunidad de seguir el progreso de los pacientes que él haya sometido al cuidado del hospital. La puesta en práctica de los postulados administrativos de la máxima utilización del tiempo del médico en funciones estrictamente médicas, nunca debe interferir con el buen ejercicio de la medicina, por el contrario, debe facilitarlos. La consulta entre médicos de distintas especialidades está reconocida como una forma ideal de dar al paciente el beneficio de las opiniones de varios médicos que miran un caso desde diferentes ángulos. Esta práctica también está facilitada por los turnos de más largo duración; de otro modo, no es posible la consulta entre médicos lo que caracteriza la medicina en equipo.

Una técnica, la auditoría médica, se aplica a la evaluación de los servicios otorgados por los médicos. Mediante el uso de estadística y equipo mecanizado, es posible estudiar, por ejemplo, los días de hospitalización y el consumo de medicamentos, para pacientes con diagnósticos iguales o similares. Hay muchos factores para tomar en cuenta, pero cuando hay variaciones significativas, los médicos supervisores tienen una base para discutir la situación, investigar las razones de la desviación e impartir instrucciones para guiar y orientar a los médicos. La aplicación de este sistema y el conocimiento entre los médicos de su existencia puede tener un efecto favorable. Habrá personas que se oponen a estas medidas al ver en ellas un limitación de la libertad del practicante. Sin embargo, el crecimiento diario de la demanda por servicios y el aumento en sus costos, hace imprescindible la adopción de medidas, por los médicos mismos, para evitar los abusos de algunos pocos que van en contra del buen nombre de la profesión médica.

También, otra medida administrativa aplicada con el fin de controlar mejor la asistencia del personal —el reloj con tarjetas para marcar la hora de llegar y al salir— ha suscitado protestas enérgicas entre los profesionales médicos que creen que el uso de esta clase de control va en contra de la dignidad de personas cuya profesión debe ser sinónimo del “sentido de responsabilidad”. Este es otro caso en que abusos de parte de algunas personas ha obligado a las instituciones a aplicar un mismo sistema para todos. A nadie y especialmente a la persona con preparación profesional, le gusta la aplicación de una medida de control de su asistencia pero las circunstancias han obligado a las instituciones a poner en práctica ésta tan poco popular.

Hospitalización

Uno de los aspectos médicos que más se presta a la aplicación de técnicas

administrativas es el que se refiere a la operación de los hospitales de la seguridad social. Dentro de la hospitalización, hay aspectos eminentemente médicos, por ejemplo: el manejo de los laboratorios, del banco de sangre, de los rayos X, y de los quirófanos. También, hay aspectos de manejo de hospitales donde la aplicación de técnicas de administración es lógica y relativamente fácil: el régimen de alimentación, la lavandería y el mantenimiento. Pero, desde luego, no se debe separar la hospitalización en sus aspectos puramente médicos y aquellos que tienen el carácter administrativo, porque es precisamente la integración de dos enfoques, médico y administrativo, dentro de todas y cada una de las facetas del manejo del hospital, la que va a dar al centro hospitalario las cualidades que caracterizan a un establecimiento eficiente, que tenga a la vez el necesario calor humano.

Hay normas y exigencias de limpieza y esterilización dentro de un hospital cuya razón de ser tiene su origen en su función básica: el cuidado de los enfermos. La cocina, la lavandería, la ropería y en general todo el hospital y su personal, tienen que ser mantenidos en un estado higiénico que esté de acuerdo con el carácter del establecimiento. El suministro de muchos de los servicios tiene un carácter administrativo, pero nunca se debe olvidar la naturaleza básica del hospital.

En la misma forma que funciones a veces denominadas administrativas deben ser compenetradas con consideraciones médico-científicas, también es necesario que se empleen criterios administrativos en el manejo de aspectos hospitalarios que siempre se han considerado estrictamente de carácter médico. Todo el mundo sabe que la forma más económica de aumentar el número de "días-cama" disponibles en un hospital de agudos es acortar al mínimo posible las estancias de los pacientes y así aumentar la rotación de camas. ¿Hasta qué grado son las deficiencias en la administración de un hospital responsables de prolongar la permanencia de los paciente? ¿Cuánto tiempo transcurre entre la toma de exámenes de laboratorio y placas de rayos X y el suministro de los resultados al médico tratante? Los informes anuales preparados por unas pocas instituciones de seguridad social en América Latina, dan pruebas de los avances que se han logrado en reducir las estancias hospitalarias y de las posibilidades de mejorar la utilización de las camas existentes. La construcción y el mantenimiento de cada "cama hospitalaria" han llegado a costar sumas astronómicas debido a los avances científicos y a la necesidad de importar gran parte del equipo de países altamente desarrollados, donde los costos de productos manufacturados también son muy elevados.

En relación a la mejor utilización del hospital cabe preguntarse, por ejemplo, si los horarios de los quirófanos están definidos de acuerdo con su costo y con las necesidades de la población protegida o más bien de conformidad con la conveniencia de los cirujanos; y, cuántas horas al día se utilizan tales quirófanos. Las contestaciones técnicas a tales preguntas pueden ser altamente constructivas.

En algunos hospitales para agudos se presenta la situación de que todavía se mantienen pacientes típicamente crónicos con las consiguientes largas estancias y elevado costo. Parece más lógica y económica la organización de un hospital en unidades de acuerdo con la severidad de la condición de los pacientes. Por ejemplo, en algunos lugares, existen residencias donde los pacientes en un estado avanzado de recuperación, pueden permanecer mientras que se someten a un proceso de rehabilitación; así, los pacientes pueden limpiar sus cuartos, hacer sus camas y tomar sus comidas en un comedor, aliviando la demanda de personal y bajando considerablemente los costos de operación, esto sin mencionar las ventajas que se obtienen en beneficio del estado mental y físico de los pacientes.

Sería posible dar un número infinito de ejemplos dentro de la vida compleja de un hospital para demostrar los beneficios de la aplicación de la metodología administrativa para el estudio y resolución de multitud de problemas que se presentan diariamente. En la misma forma que se está dando a los administradores una capacitación especializada para colaborar con los directores médicos de los hospitales, es necesario que estos últimos reciban una preparación en el campo administrativo. La importancia y el costo de la hospitalización dentro de las prestaciones médicas de la seguridad social son hechos bien conocidos. Cada día los países latinoamericanos evidencian su preocupación para el buen manejo de los hospitales, incluyendo los que son de propiedad de las instituciones de seguridad social. Se están formando más administradores para coadyuvar a las labores de los médicos en la dirección de los hospitales; a la vez, hay un número creciente de médicos que se interesan por el estudio de la administración de hospitales. Estas tendencias representan una contestación efectiva al actual uso y al costo siempre en aumento que se observa en los hospitales y que reclama una atención preferencial de las autoridades de la seguridad social. La época de la improvisación y de los autoadestrados está terminada; la especialización en materia de administración de hospitales está plenamente reconocida y es un augurio favorable para el futuro.

Provisión de Productos Farmacéuticos

Dentro de los actos médicos de la seguridad social, el rubro de las medicinas otorgadas a los beneficiarios ocupa un lugar destacado. Existen dos patrones para suministrar las medicinas prescritas por el médico: el directo, por medio del cual la institución, misma a través de sus propias farmacias y su personal las provee a los asegurados y en ciertos casos, a los dependientes que tienen derecho a esta prestación; y el indirecto, en donde la población derechohabiente las obtiene en farmacias privadas que tienen arreglos especiales con el sistema de seguridad social.

Es evidente que este beneficio se presta para un gran abuso. En países donde el nivel de ingresos es generalmente bajo, uno de los mayores problemas es el cambio

por dinero, de las medicinas, a través de la venta a personas que no tienen derecho a recibirlas. Otro problema surge del enorme número y variedad de medicinas y del interés natural de los productores y vendedores de colocar sus productos farmacéuticos y de su deseo de dar énfasis a los nombres comerciales. Para combatir estos problemas, los seguros sociales procuran que los médicos prescriban sólo las cantidades que realmente requieren sus pacientes y así evitar un excedente para vender a otras personas o evitar que sencillamente se pierdan tales excedentes por falta de uso por parte del paciente.

El sistema de envasar los productos farmacéuticos en envases que indiquen claramente su procedencia y prohibir así su venta, tiene cierta efectividad para eliminar el abuso mencionado. Casi todos los regímenes de seguro social están llegando a implantar un petitorio farmacológico, una lista con los nombres genéricos (químicos) de los productos autorizados para ser recetados por los médicos que prestan sus servicios al sistema. Naturalmente, la adopción de un cuadro básico de medicamentos produce la resistencia de algunos médicos que ven en ello otra limitación de su libertad profesional.

Además de los problemas arriba mencionados que tienen el efecto de aumentar los gastos por concepto de productos farmacéuticos, también hay problemas relacionados con la compra de medicinas en cantidades suficientes para obtener precios bajos de los productores. Es necesario, en primer lugar, que las instituciones de seguridad social mantengan sistemas eficientes para conocer el uso de cada producto en un tiempo determinado. Esto debe hacerse para evitar pedidos a los fabricantes en exceso de las necesidades y teniendo en cuenta la fecha de vencimiento de cada producto. La instalación de buenos sistemas para el control de existencias y suministros es una tarea administrativa que tiene la posibilidad de reducir mucho los gastos por concepto de productos farmacéuticos. Además, los equipos para el procesamiento de datos fácilmente pueden ser utilizados para poner en práctica un sistema de esta naturaleza. Sin duda alguna, el área de los productos farmacéuticos es de las que más se presta a la aplicación de técnicas administrativas. Naturalmente, la puesta en práctica de los sistemas de control está supeditada a la existencia del patrón directo, mediante el cual la institución tiene a su cargo el suministro de las medicinas. Puede haber y efectivamente hay, abusos en las dos alternativas, pero el suministro directo da a la institución la posibilidad de establecer más controles.

Otra ventaja del establecimiento de un buen sistema administrativo para el control de existencias y suministros es la posibilidad de evitar el agotamiento de ciertos productos y la necesidad de comprar en pequeñas cantidades en el mercado local, lo que siempre resulta más costoso.

Con la constante alza en los precios de los productos farmacéuticos y en la

demanda por estos productos, los gastos por concepto de medicinas representan un de los rubros más importantes dentro del costo general de las prestaciones médicas. Con la utilización de técnicas administrativas, es posible conocer el consumo de medicamentos prescritos por cada médico y compararlo con el número de consultas o con los respectivos diagnósticos, para saber quiénes son exclusivamente generosos y así tomar medidas contra los médicos que no están cuidando los intereses de la institución. Seguramente son pocos los médicos que se prestan a esta práctica del gasto excesivo de medicamentos, pero en toda forma la existencia de medidas efectivas de control limita abusos de este tipo.

IV LAS PRINCIPALES FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y SU RELACION CON LAS PRESTACIONES MEDICAS

Es evidente que la concesión de prestaciones médicas en los seguros sociales está estrechamente ligada a casi todos y cada una de las actividades de la institución. Los servicios médicos constituyen un sector del organismo de seguridad social que tiene una relación directa con todas sus actividades. El médico y el administrador forman parte de un equipo y deben trabajar en forma coordinada para asegurar que la institución esté cumpliendo con sus fines primordiales, a saber, la concesión de beneficios en dinero y en especie en forma oportuna y en monto adecuado, a las personas con derecho a ellos.

La relación entre los sectores administrativo y médico debe ser recíproca y cada uno debe respetar la competencia especializada del otro; en esta forma cada uno puede coadyuvar en la empresa común de lograr las metas de una entidad de seguro social. Sólo a través del respeto mutuo puede haber un ambiente que produzca un esfuerzo positivo en favor de los asegurados.

Los campos y ejemplos específicos dentro del proceso administrativo que se mencionarán en este capítulo no pretenden ser estudiados exhaustivamente, sino que más bien tienen carácter ilustrativo para indicar que los aspectos médicos y administrativos en realidad constituyen facetas distintas pero relacionadas de un solo esfuerzo: la provisión a los beneficiarios de los servicios médicos a los cuales tienen derecho.

Información Pública

Los servicios destinados a informar al público sobre las actividades y los beneficios de una institución de seguridad social pueden colaborar en una forma muy efectiva con las dependencias encargadas de los servicios médicos. Es importante informar al público sobre la documentación que cada asegurado o sus

dependientes deben traer consigo para comprobar su derecho a recibir atención médica. Dentro de las instalaciones médicas, los servicios de información pública pueden poner a la disposición de los pacientes una amplia información sobre cómo utilizar los servicios de la consulta externa y del hospital. Esta clase de información puede servir el doble propósito de facilitar la administración de los servicios médicos y de ahorrar al beneficiario tiempo gastado innecesariamente, evitar visitas repetidas y otros inconvenientes que siempre molestan a los asegurados y frecuentemente no son más que el resultado de una incomprensión por parte del usuario de un servicio, de cómo funciona el servicio y cómo él debe actuar para aprovechar al máximo las posibilidades de los servicios médicos.

Una función muy importante de cualquier oficina de información pública dentro de una institución de seguridad social, es explicar a los asegurados y a sus familiares la importancia de sólo requerir los servicios cuando realmente los necesitan y en ningún caso simular enfermedades para obtener beneficios que no les correspondan. Existe la actitud de parte de muchos derechohabientes de que ellos pagan (a veces en forma simbólica) para los servicios médicos y que es necesario utilizarlos aun cuando no estén realmente enfermos. Además de recargar innecesariamente a los servicios médicos y elevar los costos, esta práctica impide el acceso a los servicios de las personas que realmente estén enfermas. Hay países en donde los funcionarios se han acercado a los sindicatos en solicitud de la cooperación de sus miembros para evitar el abuso de los servicios en detrimento de los compañeros enfermos.

Los programas de seguridad social están diseñados para beneficiar a los asegurados y a sus dependientes y es una de las pocas instituciones que, además de requerir un aporte directo de los salarios de los trabajadores, les permiten tener sus representantes a nivel de juntas directivas. Sin embargo, debido a la ausencia de programas dinámicos de información pública, los trabajadores no siempre sienten y actúan como si fuera su propia institución y no siempre velan porque sus programas, especialmente las prestaciones médicas, sean administradas en forma responsable, correcta y austera.

Los servicios de información pública pueden cooperar enormemente con las autoridades médicas promoviendo campañas de prevención de enfermedades, (por ejemplo, sobre la importancia de vacunar a los niños a una edad determinada contra ciertas enfermedades), campañas en favor de un régimen balanceado de alimentos, y campañas contra accidentes en el hogar, de tránsito y en el trabajo. Se ha dicho que en materia preventiva los seguros sociales de América Latina no han hecho todo lo posible para educar a la población derechohabiente en cómo promover la salud y prevenir la enfermedad. Hay un vasto campo en que los servicios de información de las instituciones de seguridad social pueden cooperar con

las direcciones médicas de las mismas instituciones. El tiempo que gran número de personas consume en la sala de espera de los consultorios debería ser utilizado en forma constructiva, mediante el uso de cartelones y el suministro de folletos atractivos que lleven mensajes a los asegurados y a sus familiares sobre muchas facetas de la salud.

Indudablemente, los servicios de información pública representan una forma potencial muy efectiva de lograr una comprensión entre los asegurados y un apoyo de su parte en favor de las prestaciones médicas de la seguridad social.

Capacitación.

En lo que se refiere a la capacitación de personal, en campos para los cuales hay mucha demanda como es el caso de personal médico y paramédico, las instituciones de seguridad social han hecho un gran aporte estimulando la capacitación a través de becas y de contratos con garantía de empleo; por ejemplo, hay instituciones que financian los estudios en escuelas de medicina y de enfermería con la condición de que los favorecidos presten sus servicios a las instituciones, una vez recibido el título respectivo. En forma creciente se están utilizando las instalaciones médicas del seguro social para adiestrar a los estudiantes de medicina y a los residentes en la fase de postgrado.

Para el personal médico y paramédico ya en servicio, las instituciones ofrecen la posibilidad de realizar estudios especializados, siempre condicionando la concesión de becas a la obligación de prestar servicios dentro de la institución, por un tiempo determinado. Esta es una forma de premiar el buen desempeño de los servicios médicos del seguro social y de estimular a los funcionarios dentro de los servicios médicos a desempeñar sus funciones con dedicación y eficiencia.

Hay instituciones de seguridad social que manejan sus propias escuelas y cursos en muchos campos relacionados con la salud. También los seguros sociales auspician cursos de capacitación conjuntamente con otras instituciones como los ministerios de salud, que a su vez tienen interés en preparar su personal en campos tales como el mantenimiento de equipo, el manejo y reparación de unidades de rayos X y en un sinnúmero de oficios vinculados con la función médica.

Una de las nuevas tendencias en el campo de la salud es aliviar el trabajo del médico preparando secretarías médicas que puedan ahorrar su tiempo en la toma de información de los pacientes y en otras tareas que requieran la supervisión, pero no la intervención constante del médico. En este mismo orden de ideas, existe la posibilidad de preparar personal que va a tomar a su cargo el mantenimiento de postas médicas, en lugares apartados donde el médico viene de vez en

cuando y deja instrucciones para el tratamiento de sus pacientes. Mientras vayan mejorando los medios de comunicación (camino, teléfonos, etc.) la capacitación de esta clase de personal "submédico" puede ofrecer una de las soluciones más viables al problema de la escasez de médicos.

Uno de los aportes que los servicios comunes de capacitación pueden ofrecer una relación con las prestaciones médicas, es sensibilizar a los médicos y al personal paramédico con los elementos de relaciones humanas, inculcando así en todos estos funcionarios un respeto para el ser humano, no importa cuán humilde sea, y un trato de acuerdo con la dignidad del hombre. Esto no quiere decir que sólo los funcionarios vinculados con la parte médica del seguro social requieren esta clase de adiestramiento; al contrario, es indispensable para todos los que deben servir los intereses de los asegurados y sus familiares, a través de la seguridad social.

Administración de Personal.

La oficina de personal en una institución de seguridad social puede colaborar con la dirección médica a través de la fijación de normas que regulan la definición de funciones, responsabilidades y niveles de pago de las distintas clases de funcionarios que prestan sus servicios dentro del ámbito de los servicios médicos. Los principios de la administración moderna de personal rigen con la misma efectividad en el caso del personal médico que con respecto a los demás funcionarios de una institución de seguridad social. No es común que el director médico sea un experto en el campo de administración de personal, pero él sí debe apreciar la utilidad que puede representar la definición clara de las funciones y responsabilidades de cada uno de sus funcionarios. Sin duda alguna, hay elementos de juicio que requieren conocimientos muy médicos y es importante que el director de personal y el director médico comprendan exactamente cuál es el aporte que cada uno puede ofrecer y los beneficios que una colaboración eficaz puede traer a la institución.

El número de huelgas que han ocurrido entre el personal médico y paramédico de las instituciones de seguridad social, indican claramente que hay una gran necesidad de prestar más atención al establecimiento de un sistema técnicamente diseñado de salarios y beneficios colaterales. Como resultado de la falta de una relación correcta entre requisitos educativos y salarios viene la fuga de personal preparado hacia países que ofrecen remuneración mejor al personal capacitado.

La colaboración de una oficina de personal puede contribuir a aliviar la presión que se ejerce sobre el jefe de los servicios médicos para seleccionar y pro-

mover su personal con base en amistades e influencias. Deben aplicarse criterios técnicos para asegurar, hasta donde sea posible, la presencia de personas capaces en el mayor número de puestos.

Un punto bastante espinoso es que la oficina encargada de dictar y aplicar normas en el campo de personal pueda colaborar con los jefes de los servicios médicos, es el que se refiere al control de la asistencia y a las medidas disciplinarias. Deben existir reglas precisas y es muy útil que los mismos afectados tengan participación en su elaboración. Ningún profesional acepta complacido la imposición de reglas de este tipo, pero una de las fuentes de las quejas de los beneficiarios es la costumbre de ciertos médicos de no cumplir con el horario acordado entre ellos y la institución de seguridad social. Por ello, existe la necesidad de reglamentar y controlar la asistencia de los médicos, igual a como se hace con los demás funcionarios que prestan servicios en el sistema.

Ligado a este problema de tipo administrativo existe otro que se refiere a las medidas disciplinarias que deben ser tomadas frente a infracciones de los reglamentos, incluyendo las de asistencia. El jefe de personal puede colaborar muy efectivamente en aliviar la presión que sobre el jefe médico ejercen sus colegas y así permitirle mantener la disciplina entre el personal que atiende los servicios médicos de la seguridad social.

Servicio Social

Los servicios médicos de una gran parte de las instituciones de seguridad social ya utilizan el servicio de asistentes sociales, como complemento de la acción puramente médica requerida para ayudar al paciente en la recuperación de su salud. Durante épocas de enfermedad, el paciente y su familia frecuentemente necesitan la colaboración de asistentes sociales para ajustarse a las exigencias de una enfermedad; por ejemplo, si el asegurado ha invalidado. La curación de la parte física de una enfermedad frecuentemente tiene que ver con el estado de ánimo del paciente y de su familia. El servicio social puede actuar como nexo entre el médico, el paciente y la familia de este último, puede ahorrar tiempo al médico y puede reforzar sus explicaciones al paciente y a sus familiares.

En el proceso de rehabilitación, la comprensión y aceptación por parte del paciente de su estado y de la necesidad de emprender un programa de rehabilitación que va a tener por objeto capacitarlo para otra clase de trabajo, es parte integral e indispensable del proceso y los asistentes sociales pueden hacer una contribución muy significativa a la educación del paciente.

Cuando el jefe de la familia está ausente del hogar por largos períodos de tiempo debido a una enfermedad, surgen problemas que posiblemente requieran los

consejos del asistente social. El enfermo va a tener menos preocupaciones cuando sepa que en cualquier emergencia, su familia pueda recurrir a los servicios de la institución de seguro social.

En algunos países, las unidades de servicio social están limitadas en sus funciones a coadyuvar en la administración de la ley de seguridad social. Muchas instituciones utilizan los asistentes sociales como investigadores, una práctica que les pone en una situación difícil frente a los asegurados y hace también difícil ganar la confianza de los derechohabientes. Otras instituciones, reconociendo que las prestaciones médicas y las de la seguridad social en general no pueden enfrentar todas las necesidades del ser humano, encargan a los oficinas de servicio social el deber de servir de enlace con los otros recursos sociales de la comunidad que pueden ofrecer servicios sociales o ayuda en dinero o en especie a los asegurados y a veces a sus familiares.

Transporte

Los servicios médicos requieren constantemente un servicio eficiente para transportar enfermos, personal médico, equipo y medicamentos. La provisión rápida de este servicio frecuentemente significa la diferencia entre vida y muerte para un paciente. Vehículos que no pueden funcionar porque faltan repuestos o requieren reparación no sirven a los fines de la institución, y por ende, a los servicios médicos. Este es otro caso que demuestra que las prestaciones médicas de la seguridad social constituyen uno de los más importantes beneficios que puede conceder un organismo de esta naturaleza y que todos los elementos dentro del aparato administrativo tienen que funcionar siempre con eficiencia para que los demás respondan a sus fines particulares. Hay personas que creen que la solución a cada problema administrativo es la creación de un servicio independiente para servir a la unidad que pueda tener una demanda especial por un servicio determinado. En vez de estudiar a fondo los defectos de un servicios y corregirlos, existe la tendencia de crear servicios separados. Como resultado final se produce un problema de coordinación entre distintas reparticiones de la misma institución.

Los servicios de transporte deben ser centralizados en lo que refiere a la adquisición, mantenimiento y reparación de vehículos, aunque se pueda descentralizar la autoridad para los efectos de control en el despacho de los que están asignados al servicio exclusivo de los servicios médicos.

Planificación

Cada institución de seguridad social requiere una oficina encargada de la planificación de sus actividades, las actuales y las futuras, tales como la extensión

a nuevas áreas geográficas y a nuevos grupos ocupacionales. Se deben estudiar las características de las nuevas áreas y grupos para conocer sus medios de comunicación, sus movimientos estacionales, sus ingresos, las fuentes de trabajo, el número y la composición de las familias, sus expectativas económicas y sociales y sus patrones culturales. Toda esta información es necesaria, sea para la extensión de las prestaciones médicas o sea para la implantación de un sistema de beneficios a largo plazo. Hay requerimientos especiales y adicionales en lo que se refiere a recursos humanos y equipo cuando se propone otorgar servicios médicos, pero, en este caso, las técnicas para la recopilación y análisis de datos son similares a las usadas en otras aplicaciones: por tanto, los servicios de planificación de una institución de seguridad social deben ser puestos a disposición de los servicios médicos, utilizando la colaboración de técnicos especialmente capacitados en la planificación de los servicios de salud.

Contabilidad y Presupuesto

Las unidades administrativas de una institución de seguridad social que tienen a su cargo las funciones contables y la preparación y control del presupuesto deben servir a todos los servicios, incluyendo la parte médica. Para administrar correctamente, los ejecutivos que dirigen los servicios médicos tienen que poseer información completa y actualizada sobre el costo y rendimiento de sus actividades, y así saber si sus estimaciones son correctas o si algunos rubros o establecimientos tienen costos excesivos, sea para estar en capacidad de analizar las actividades ejecutadas bajo su dirección y corregir oportunamente tendencias o acciones mal encaminadas, o, por el contrario, continuar y reforzar las que están produciendo los resultados deseados. Los edificios y equipos dedicados a la prestación de servicios médicos tienen que ser depreciados, tienen que ser reparados y reemplazados oportunamente de acuerdo a un plan ordenado. La institución tiene que tomar las provisiones oportunas para que haya la financiación adecuada en el momento necesario. Estos pasos requieren la aplicación de técnicas administrativas que, aunque sean de sentido común, no siempre son aplicadas en la debida forma y oportunidad. Los administradores no son médicos y tampoco todos los médicos dominan la parte administrativa. Por consiguiente, debe de existir una relación constante y coordinada entre las personas dedicadas a estas disciplinas, para beneficiar a la institución y a las personas que dependen de ésta para la preservación de su salud.

Los costos siempre altos y crecientes de las prestaciones médicas de la seguridad social son un testimonio elocuente de la necesidad impostergable de poner en práctica los postulados de contabilidad y control de presupuestos, en relación con los servicios médicos de los seguros sociales de América Latina. Hay límites de carácter económico y existe oposición política a la idea de subir constante-

mente los aportes destinados a financiar los servicios médicos. Es bien sabido que los avances de la medicina en el tratamiento de los enfermos son responsables en gran parte por las alzas de los costos, pero los mismos factores limitantes mencionados exigen la aplicación de técnicas modernas de administración, para poder tomar medidas correctivas que son más aceptables al público que la elevación constante de las tasas de contribuciones.

Organización y Métodos

La oficina encargada de estudiar los detalles de la organización y los métodos con fines de mejorarlos, otorga un servicio administrativo muy útil a todas las dependencias y los servicios deben ser aprovechados por todos los componentes de una organización de seguridad social. Se acepta que hay procesos en el otorgamiento de las prestaciones médicas que requieren conocimientos especializados en el campo de la medicina. Por consiguiente, cuando la oficina de organización y métodos colabora con los servicios médicos, se debe contar con la cooperación de personal de la rama médica para que se pueda sumar su capacidad a las técnicas normalmente utilizadas, con el objeto de analizar y mejorar los sistemas y procedimientos usados para otorgar las prestaciones médicas de la seguridad social. Una vez más es pertinente repetir la advertencia contra la duplicación de unidades especializadas dentro de un mismo organismo. Siempre es posible que experiencias y lecciones aprendidas durante el estudio de otras reparaciones tengan su utilidad y puedan ser transferidas al estudio de los aspectos médicos.

Los servicios de organización y métodos, así como los demás servicios administrativos, pueden cooperar perfectamente para aumentar la eficiencia y el rendimiento de los servicios médicos. En este aspecto, como en los demás, se requiere una disposición favorable para cooperar en el proceso de estudio y para aprovechar los resultados. Considerando los altos costos de las prestaciones médicas, parece muy recomendable utilizar las técnicas de organización y métodos con los fines de aumentar el rendimiento del personal y mejorar el servicio a los beneficiarios.

Asesoría Jurídica

Cuando una institución de seguridad social incluye prestaciones médicas en su esquema de beneficios —como es generalmente el caso en América Latina— siempre existe la posibilidad de que los beneficiarios no satisfechos con la cantidad o calidad de los servicios recibidos tomen acción legal. Casi todos, si no todos los regímenes, prevén el recurso legal o algún sistema de apelación de las decisiones de las autoridades médicas. En estos casos, la oficina que tiene a su cargo

los aspectos legales del organismo de seguridad social tiene que cooperar con las autoridades del servicio médico para estar en capacidad de asegurar que el personal médico o paramédico ha actuado bien y de acuerdo con los postulados de la ley y de los reglamentos pertinentes. Normalmente, las instituciones tratan para obtener el tratamiento y el posible gasto puede ser muy elevado. En este caso los médicos tienen que emitir una opinión sobre la necesidad de recurrir a otras fuentes de tratamiento. Lo importante es que los encargados de los aspectos médicos puedan contar con la necesaria asesoría legal cuando la requieran y es evidente que debe existir una relación coordinada entre los abogados y médicos al servicio de la institución.

Recaudación

Es probable que hay muchas personas que creen que existe poca relación entre las prestaciones médicas de una institución de seguridad social y la función recaudadora de la misma. Sin embargo, sin la recaudación adecuada, no existirá la financiación también adecuada de los servicios médicos. Normalmente, la imagen que se tiene de la Institución, sea favorable o no, se origina en parte en la opinión del público sobre la calidad de los servicios médicos. En un país donde los servicios médicos tienen buena fama, esto facilita la tarea de recaudar los fondos. Los trabajadores mismos van a colaborar insistiendo que sus patronos cumplan con sus obligaciones para asegurar que aquellos tengan el derecho de utilizar los servicios. Un sistema de seguridad social es un engranaje delicado en que todas las partes juegan su papel. El contacto principal y más frecuente que el público tiene con un sistema de seguridad social es a través de sus servicios médicos y estos pueden contribuir de hecho a facilitar la tarea del cobro de los aportes.

Un problema interesante surge en relación con el nexo entre el proceso de recaudación y el derecho a recibir los servicios médicos. ¿Debería una institución de seguro social limitar el derecho de recibir la atención médica a los trabajadores cuyos patronos no están al día en el pago de las cotizaciones? El médico está adiestrado en la necesidad de atender a los enfermos y de no discriminar en contra de la persona que tal vez, sin culpa de su parte, no tiene registradas en su favor las semanas requeridas de cotización. Casi todas las instituciones han resuelto este dilema de los médicos, autorizándolos a prestar en estos casos los servicios requeridos y encargándose la institución del cobro al patrono del costo de la atención concedida.

Inscripción

La determinación de quienes tendrán derecho a recibir las prestaciones

médicas dentro de una institución de seguridad social comienza con la función de inscribir a los asegurados, y en los casos donde los dependientes también tienen el derecho de recibir los servicios médicos, de inscribir a sus familiares. Igual como en el caso de la recaudación, la tendencia a evadir el proceso de inscripción está en función del grado de receptividad de que gozan los servicios médicos dentro de la población legalmente sujeta a la ley de seguridad social. La administración de un sistema de seguridad social nunca es una tarea muy fácil pero la clave del éxito está en la cooperación recibida de los patronos y sus trabajadores. Si ellos quieren cooperar —porque todo el mundo sabe que los servicios médicos son oportunos y eficientes y que los pacientes están tratados con consideración desde el punto de vista humano y médico— habrá una tendencia bastante generalizada entre el público de querer ser asegurado y poder disfrutar de la protección a la salud; por el contrario, sucede a menudo que para los jóvenes la perspectiva de poder gozar de una pensión está muy lejos y nadie la considera como una ventaja y una razón para afiliarse al seguro social.

Los números que se asignan a los trabajadores como consecuencia de su inscripción y como un medio parcial de identificarlos, sirven generalmente como el número de su historia clínica y esto constituye otro ejemplo de la relación que existe entre el proceso administrativo de inscripción y los servicios médicos. Es recomendable que se utilice el mismo número en los dos servicios para disminuir las posibilidades de errores. El uso del número de inscripción para identificar al asegurado en los actos médicos, reforzará en él la importancia de conservarlo y de tener un solo número; este es un buen ejemplo de cómo las acciones en dos esferas distintas de una organización deben estar coordinadas para apoyarse mutuamente.

Mecanización

Casi todas las instituciones de seguridad social han establecido una repartición dedicada a procesar rápidamente datos a través de máquinas. Puede haber diferencias en la edad, la marca del equipo y la clase de trabajos para la cual se utiliza; tampoco existe uniformidad en el nombre y ubicación de la unidad destinada a procesar datos. Lo que sí es cierto es el interés de todas las instituciones de agilizar el procesamiento y la utilización del enorme volumen de información que necesariamente tiene un organismo dedicado a la administración de los seguros sociales. Esta herramienta administrativa facilita la recolección y análisis de estadística, la preparación de las nóminas y cheques de pago para los funcionarios y para los pensionados y jubilados y el mantenimiento de las cuentas individuales de los asegurados, indispensables para hacer efectivo el pago de algunas prestaciones en dinero.

Se ha mencionado sólo unas pocas aplicaciones para dar una idea de las posibilidades. Además, en el campo de las prestaciones médicas, las máquinas han demostrado su utilidad en el suministro y control de los productos farmacéuticos, en la preparación de las estadísticas relativas al número y costo de los actos médicos, y de la morbilidad y mortalidad. La mecanización, como se ha dicho, es una herramienta administrativa y sus usos en el campo médico de la seguridad social son numerosísimos; están limitados sólo por los volúmenes y costos. Con su gran velocidad, las máquinas se justifican cuando la carga de trabajo es grande. Los costos de alquiler y compra son altos y los equipos tienen que ser dedicados no sólo a la producción de datos; es decir, la justificación de su costo está vinculada al uso que se hace de la información producida, la cual debe ser estudiada y analizada para que las autoridades de una institución tomen decisiones.

La información permite a los ejecutivos actuar no sólo con base en la intuición, sino de la propia experiencia institucional.

Las nuevas computadoras y su equipo periférico deben ser algo más que símbolos de prestigio para una institución, deben ser utilizados para mucho más que una imprenta rápida y deben ser alimentados con información completa y veraz. El número y variedad de los trabajos deben guardar relación con la capacidad del equipo; las horas utilizadas también deben estar vinculadas a la inversión que se ha hecho. La mecanización representa un gran beneficio para toda la administración de un organismo, incluyendo los servicios médicos; la imaginación del hombre es el único factor realmente limitativo, a este respecto.

Concesión de prestaciones en dinero

Una de las principales funciones de una institución de seguridad social consiste en el otorgamiento de subsidios y pensiones a los asegurados y sus dependientes a causa de la incapacidad del trabajador. Muchas de las decisiones para pagar una prestación en efectivo están basadas en una determinación de tipo médico respecto a la salud del asegurado. En los seguros sociales, el médico hace algo más que tratar al enfermo; él está prácticamente decidiendo que la institución pague un beneficio en dinero. Se ha dicho que los médicos poseen cheques en blanco que ellos pueden girar contra los fondos de la seguridad social. Esto se aplica en los casos del seguro de enfermedad y maternidad, en los seguros de invalidez y de riesgos profesionales. Además en América Latina, en donde casi no existe el seguro de desempleo, la determinación del médico que su paciente debe observar un descanso remunerado ha llegado a ser, en algunos casos, un tipo de seguro de desempleo para aquellos que recientemente perdieron su empleo y continúan incapacitados. En los seguros de enfermedad y maternidad, los

períodos de descanso pagado son relativamente limitados en su duración, pero por lo general de gran volumen en su número; en lo que se refiere a invalidez, de origen profesional o no, las decisiones del médico pueden ser por períodos de larga duración y en este caso está sujeto a presiones especialmente del paciente y de la propia institución.

Casi todos los seguros de maternidad incluyen subsidios de lactancia, por medio de los cuales se otorga una suma en dinero, o en su defecto, productos lácteos para asegurar que los niños recién nacidos tengan suficiente leche cuando sus madres están declaradas por los médicos incapaces de amamantar a sus niños. Una vez más, es la declaración del médico la que determina el monto del gasto en que debe incurrir la institución para financiar un beneficio en especie o en dinero.

Servicios de Estadística

Cada institución de seguridad social mantiene una oficina encargada de llevar la estadística de las actividades desarrolladas. La bioestadística es una rama especializada y los datos sobre morbilidad y mortalidad requieren conocimientos especializados. Normalmente dentro de la unidad dedicada a la estadística hay una sección o algunas personas versadas en esta clase de trabajo; es frecuente que el volumen de datos en el campo médico sea el más grande y el jefe de estadística podría, inclusive, ser un médico especializado en la materia.

El propósito de la estadística, sea económica o médica, es dar a los ejecutivos del organismo una base para evaluar sus actividades y para tomar decisiones respecto al futuro. Por ejemplo, hay una relación muy estrecha entre los datos sobre el número de días subsidiados por concepto de enfermedad y el número de consultas médicas. Una vez más, se nota la vinculación entre los sectores económico y médico de la misma institución. Cuando los que recolectan y analizan los datos están separados en compartimientos aislados por especialidad, los técnicos y la institución donde ellos prestan sus servicios están perdiendo las ventajas de un enfoque interdisciplinario para la solución de cada problema. Hay técnicas para recoger y presentar datos, técnicas que están íntimamente vinculadas a la posibilidad de utilizar la información con los fines de preparar una planificación de actividades y, especialmente, de tomar acciones. La conclusión que resulta del estudio de una información estadística no siempre es la misma para todas las personas que la utilizan. Una persona con formación administrativa posiblemente dará una interpretación muy distinta a la misma información que una persona con preparación médica.

Parece evidente que no se justifica la existencia de dos oficinas de estadís-

tica —una para datos médicos y otra para la demás informaciones estadísticas— dentro de una misma institución de seguridad social. Los expertos contables, médicos y otros, todos van a opinar sobre cuál es la información necesaria a recolectar y sobre cómo presentarla. Después, todos tendrán la oportunidad de estudiar los datos resultantes para hacer sus análisis, extraer sus conclusiones y formular sus recomendaciones a los encargados de guiar los destinos de la institución. Pero estos son pasos sucesivos dentro de un solo organismo a llevar con la cooperación de personas de distintas disciplinas y formación, que deben dirigir sus esfuerzos al cumplimiento de las metas de la entidad, las cuales no son diferentes para los médicos y para los administradores. Todos pueden aprovechar los beneficios del análisis estadístico, facilitado en nuestra época por la utilización de computadoras de gran capacidad y velocidad.

V. CONCLUSIONES

De lo expresado en este documento es evidente que entran y deben entrar en juego consideraciones de tipo administrativo en el suministro de las prestaciones médicas de la seguridad social. Se ha indicado que en los tres componentes principales de estas prestaciones, los servicios de los médicos, la hospitalización y el suministro de productos farmacéuticos —que son todos escasos y de alto costo— la aplicación de técnicas administrativas ya es un hecho, pero las posibilidades de este tipo están lejos de haber sido totalmente agotadas. Hay una necesidad imprescindible de utilizar al máximo los recursos limitados; esto requiere el diseño de normas científicamente concebidas y de su aplicación efectiva, vigilada a través del análisis estadístico y de la supervisión directa. Si no se lleva a la práctica la administración científica de las prestaciones médicas, existe el peligro de que los costos van a seguir subiendo hasta el punto de poner en peligro la estructura financiera de las instituciones de seguridad social y de limitar la capacidad de éstas para cumplir con sus objetivos.

Se ha discutido mucho la relación entre los médicos y los administradores que son responsables de proveer las prestaciones médicas a la población con derecho a estos servicios. Esta relación está en un proceso de cambio en la medida que los directores médicos de hospitales adquieren más conocimientos administrativos y la profesión de administrador de hospitales adquiere más prestigio y reconocimiento en América Latina. La interacción entre estas dos clases de profesionales es un proceso delicado y va a requerir mucha comprensión de los dos sectores, para producir una dirección armoniosa de las prestaciones médicas que redunde en un verdadero beneficio para los derechohabientes. El director médico tiene que permitir la delegación al administrador de funciones que anteriormente fueron del dominio exclusivo de médicos. Los médicos, con mucha razón, no quieren aceptar la dirección de personas no médicas y por ello, es necesario

siempre que sea posible, trazar las líneas divisorias entre lo que es médico y lo que es administrativo. Como se ha visto a través de lo indicado en estas páginas, esto no siempre es fácil y requiere una colaboración muy estrecha entre las dos disciplinas, hasta que se logre que ambos grupos lleguen a funcionar como un verdadero equipo.

Se han examinado todas o casi todas las funciones administrativas de una institución de seguridad social para mostrar que prácticamente toda actividad dentro de estas indicaciones, en una forma u otra, tiene una vinculación con las prestaciones médicas. En vez de crear mecanismos paralelos que dupliquen las estructuras administrativas actuales, debe haber de parte de todo el personal una correcta apreciación del papel complementario que corresponda a cada grupo y de los beneficios que se obtienen de una verdadera coordinación interna.

Este examen de las prestaciones médicas de la seguridad social desde el punto de vista administrativo, también puede conducir a que las mismas razones dadas, respecto a la escasez y alto costo de los componentes de la atención médica, en relación a la aplicación de técnicas administrativas, obliguen a pensar en las ventajas de una coordinación de los servicios de la seguridad social con otros servicios médicos existentes en el país. La razón de ser del enfoque administrativo es la utilización máxima de personal, equipo y fondos, lo que también justifica la coordinación de los servicios médicos entre los distintos proveedores de estas prestaciones en un país determinado.

No se ha entrado al análisis de los sistemas de remuneración para el personal médico y paramédico para ver cómo puede afectar su número y ubicación. En la planificación del aspecto mano de obra, se debe prestar atención a la posibilidad de aplicar una política de incentivos monetarios y educativos para atraer a las clases profesionales que se necesitan en los lugares apartados. Aquí, la línea entre lo que es médico y lo que es administrativo no es tan importante como que el resultado, sea la mejor distribución de los recursos médicos para servir a toda la población, en las diferentes regiones de un país.

Se ha hecho referencia a que dentro de las herramientas que debe utilizar un ejecutivo capaz, sea médico o administrador, se requiere un flujo de información que puede ser grandemente facilitado por los nuevos procesos electrónicos. Con la información en su poder, él debe saber como comparar y medir la efectividad de los actos médicos, debe corregir las desviaciones de las normas fijadas y debe saber cómo obligar al personal a cumplir con sus deberes. Hay distintas formas de ejercer la supervisión pero en todo caso corresponde al ejecutivo ejercerla.

Se ha insistido en forma repetida sobre el problema creado por la combinación de una demanda constantemente en aumento de servicios médicos y la tendencia universal del crecimiento de los costos. Esto constituye un reto a las instituciones de seguridad social cuya prestación principal consisten en otorgar los servicios médicos. También obliga a las instituciones a mejorar la administración de este beneficio aplicando las técnicas de planificación, control y supervisión, para lograr una productividad incrementada de los recursos existentes. Si los médicos trabajando en forma mancomunada con los administradores pueden enfrentar este reto, se hará más factible la extensión de los beneficios de la medicina de la seguridad social a los grandes núcleos de población actualmente no cubiertos.

APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES

1.—MEXICO.

“PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Dr. César Lechuga Rojas.
CP. Leopoldo Mantecón Gutiérrez.
Lic. Alfonso Murillo Guerrero.
CP. Eduardo Philibert Mendoza.

2.—MEXICO.

“LA MECANIZACION Y COMPUTACION DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS; SU IMPORTANCIA EN LA ADMINISTRACION MEDICA”.

Gerencia de Servicios Médicos
y de Previsión Social de
Petróleos Mexicanos.
Dr. Miguel A. Asomoza Bosque.

3.—PANAMA

“PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL”.

Dr. Juan Nicosia.
Dra. Lucía de Bendiburg.
Sr. Efraín Candanedo.

4.—MEXICO.

“LOS SERVICIOS MEDICOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN CIFRAS”.

Sr. Guillermo de Witt Greene.

5.—MEXICO.

“LOS SERVICIOS TECNICO NORMATIVOS DE LA SUBDIRECCION MEDICA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO”.

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz.



INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la ponencia relativa a "PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL", presentada por la Organización de los Estados Americanos, 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:

- 1o. Que el documento presentado por la O.E.A. como ponencia oficial del Tema constituye una valiosa aportación al progreso de la medicina de la Seguridad Social porque se trata de un estudio serio, objetivo y vigoroso, pleno de observaciones concretas sobre la problemática que confrontan las Instituciones de Seguridad Social de América en el aspecto de su Administración.
- 2o. Que en el contenido del documento se abordan con rigor científico los principales aspectos de la problemática de la Administración de la Seguridad Social, con especial énfasis en lo relativo a la administración de la atención médica por lo que es recomendable que las instituciones de Seguridad Social, y en particular los dirigentes de los servicios médicos, tomen en cuenta los señalamientos hechos en esta ponencia para utilizar sus unidades de organización, sus métodos de trabajo, su control de recursos, su administración de personal, sus sistemas de información, planeación de sus estadísticas de servicio, sus cargas de trabajo por áreas aplicativas, su problemática generada por exceso de cargas indebidas y servicios injustificados por simulación de padecimiento o intento de abusos o "recuperación de cuotas" por parte de la población asegurada y su permanente análisis en costos, todo ello con objeto de poseer bases e inspiración para la toma de decisiones en las distintas etapas de la administración médica.
- 3o. Que las aportaciones hechas al tema por diferentes delegados han constituido también un valioso material informativo que ha enriquecido a la ponencia central, al exponer diferentes experiencias nacionales e institucionales, todas ellas coincidentes en los principios generales del tema.
- 4o.—Que de la ponencia y de las aportaciones se desprende que la práctica administrativa científica de la atención médica dentro del marco de la Seguridad Social cuenta con bases de indiscutible universalidad

y, por tanto, de observancia obligatoria pero que las instituciones se reservan el derecho de adaptar estas bases y darles la extensión y modalidad que mejor responda a su particular status jurídico, su régimen, sus necesidades especiales y la especificidad de sus programas.

- 5o. Que se reconoce plenamente la necesidad de intensificar los programas de educación administrativa del médico, la enfermera, el técnico, el empleado y el trabajador manual, de las unidades médicas de la Seguridad Social, mediante cursos del rango de postgrado, de nivel medio, de capacitación administrativa y de entrenamiento de servicio, según sea el nivel de que se trate. En este sentido se considera necesario que los programas de educación administrativa se incluyan con carácter obligatorio en la enseñanza de la medicina y la enfermería a nivel de escuelas universitarias, escuelas de salud pública, escuelas de administración de hospitales y asociaciones nacionales de administración de hospitales e instituciones asistenciales.

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo de

Grupo de Trabajo No. 4

Mesa Directiva:

Presidente: Sr. Beryl Frank (OEA).

Vicepresidente: Dr. Manuel Gómez Noguera (México).

Secretario Técnico: Dr. Manuel Díaz Isaacs (Panamá).

Integrantes:

Dr. Miguel A. Asomoza Bosque (México).

Dra. Lucía de Bendiburg (Panamá).

Sr. Efraín Candanedo (Panamá).

Dr. Gabriel Castellero (Panamá).

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz (México).

Dr. César Lechuga Rojas (México).

Dr. Juan Nicosia (Panamá).

Sr. Guillermo de Witt Greene (México).