

# 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.

	<b>Página</b>
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.	

## QUINTA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Renán Esquivel,  
Ministro de Salud y Presidente  
de la Caja de Seguro Social. Panamá.

Vicepresidente:

Dr. Alejandro Zúñiga Lagos,  
Subdirector General del Instituto  
Hondureño de Seguridad Social.

Secretario Técnico:

Dr. Rafael Vásquez,  
Subdirector Médico General de la  
Caja de Seguro Social. Panamá.

TEMA:

*LA CALIDAD Y EL COSTE DE LAS PRESTACIONES  
MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION.*

PONENTE:

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.  
DR. ALFREDO LEONARDO BRAVO.

## LA CALIDAD Y EL COSTE DE LAS PRESTACIONES MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION.

### INTRODUCCION

La necesidad de coordinar los recursos disponibles en el sector salud se ha venido perfilando como una de las acciones básicas más indispensables para satisfacer las aspiraciones de salud de la población. La demanda de servicios se expresa en su forma más elemental, cual es la de obtener la cantidad suficiente de prestaciones para cubrir, si fuera posible, las aspiraciones de la totalidad de las personas. En una etapa un poco más avanzada y a medida que aumenta la cultura sanitaria de la población, sus miembros ya no sólo aspiran a recibir cantidad de servicios, sino que comienzan a exigir calidad de los mismos.

El deseo de los gobiernos de satisfacer estas aspiraciones de la población se ve con frecuencia limitado por la insuficiencia de los recursos humanos y materiales para dar el volumen de prestaciones requeridas. La coordinación de los recursos es, en estos casos, un elemento insuperable para aumentar la productividad de ellos y alcanzar mayor cobertura, utilizando mejor los recursos disponibles. Ocurre, sin embargo, que con frecuencia existe un desnivel apreciable entre la calidad de las prestaciones que ofrecen diferentes instituciones responsables por la atención médica de la población.

No es fácil coordinar y hacer trabajar bajo las mismas normas técnicas y administrativas a servicios que presentan grandes diferencias entre sí especialmente en lo que se refiere a la dotación de recursos humanos y materiales. Parece, por lo tanto, conveniente analizar el problema en términos de calidad frente a la cantidad y al coste de las prestaciones. La dilucidación de las interrelaciones que existen entre estos tres factores puede contribuir en forma importante a encontrar los procedimientos que lleven a una coordinación adecuada y eficiente de los servicios encargados de dar prestaciones médicas a la población.

### ESTANDARES DE EXCELENCIA

Como ocurre con todos los conceptos de carácter general, la calidad de la atención médica no es definible en términos objetivos y cuantitativos. Pudieramos decir que es una aspiración moral para usar los recursos de la tecnología médica con sentido social. Son tantos y tan variados los factores que conforman el concepto de calidad de la atención médica que difícilmente se pueden incorporar todos ellos en forma armónica en una definición que respete la condición esencial de toda definición, cual es ser breve. Desde las características de la formación profesional del médico hasta las condiciones físicas de los edificios y la dis-

ponibilidad de equipos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades existe toda una gama de alternativas, que se combinan entre sí para determinar el nivel de calidad de la atención médica ofrecida por una institución determinada. Ninguno de estos factores aisladamente es capaz de producir calidad. Estas son las razones por que resulta muy difícil medir el grado de calidad de una prestación determinada. De ahí también deriva la estimación que los usuarios hacen de las prestaciones que reciben. El juicio empírico de la población protegida suele a veces tener el valor ideargüible del sentido común popular, que, aun cuando no está basado en razonamientos científicos, tiene el peso de la reacción emotiva frente a los estados de salud y de enfermedad, y frente a la forma como se concede la prestación. No es raro que servicios altamente calificados desde el punto de vista científico sean, a veces, condenados por las reacciones emotivas de un paciente y sus familiares que han sido tratados en forma descortés o inhumana por un empleado de aquel servicio. A la inversa, también se conocen servicios que gozan de alto prestigio popular, el cual no está basado en la calidad técnica, sino que reside en la fastuosidad de sus instalaciones y en la aplicación de reglas elementales de buenas relaciones humanas, que permiten que el usuario se sienta confortable y satisfecho con la prestación recibida.

De todo lo anterior se deduce que la estimación de calidad hecha por el usuario está habitualmente basada en reacciones emocionales que tienen muy poco valor científico. Sin embargo, ellas tienen un valor administrativo y social y, a veces político, y no pueden ser descuidadas por el administrador, que está procurando satisfacer las necesidades de salud de un grupo de población.

Desde el punto de vista técnico, existen algunos elementos que permiten conformar un concepto general de calidad sin pretender dar una definición única, sino que más bien establecer estándares de excelencia, dentro de cuyos límites se desarrolle y perfeccione un nivel de calidad satisfecho desde el punto de vista profesional.

### *La importancia de la historia clínica*

Una buena historia clínica es la base de la atención del enfermo, no solamente para planear y seguir la evolución del tratamiento, sino que, además, para proporcionar los medios de comunicación entre el médico y otros profesionales de la salud y para asegurar la evidencia documentada de las alternativas de la enfermedad y poder comparar el curso clínico durante otras hospitalizaciones futuras. Es además un documento estadístico, que permite utilizar los datos de la enfermedad para propósitos de enseñanza e investigación científica.

Todo hospital bien organizado debe establecer la historia clínica como una

obligación de todos los servicios tanto internos como externos, y, además debe ofrecer las facilidades para archivar y conservar estos documentos en tal forma que estén fácilmente accesibles a la consulta y que puedan ser usados en cualquier oportunidad futura, ya sea con motivo de una nueva hospitalización o para realizar estudios clínicos comparativos. La historia clínica se transforma así en el documento básico, que registra el uso de los medios científicos de diagnóstico y tratamiento, como asimismo las opiniones y comentarios de todos los profesionales que intervienen en la atención del paciente. Es importante que la historia, al consignar estos datos, utilice un lenguaje adecuado y se ajuste a la Nomenclatura Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte aprobada por la Organización Mundial de la Salud y que está en uso en los Ministerios de Salud de la mayor parte de los países del mundo.

Finalmente, la historia clínica debe ser confidencial con el objeto de guardar el secreto profesional e impedir que pueda ser usada con propósitos legales o judiciales que pueden eventualmente perjudicar al paciente.

La historia clínica es, en resumen, el documento básico que registra el uso de cuidados científicos para el diagnóstico y tratamiento, las opiniones clínicas del médico tratante como asimismo las opiniones de otros profesionales de la salud, que hayan participado en la atención del paciente y, finalmente, conserva, para el futuro, los datos que pueden servir para investigaciones científicas o para estudios estadísticos. En otras palabras, constituye la garantía de la calidad científica de la atención proporcionada a cada paciente.

#### *Los servicios de apoyo del diagnóstico y tratamiento*

El laboratorio clínico, los servicios de patología y de autopsias, los exámenes histológicos de tejidos, los servicios de transfusión y los estudios hematológicos e inmunológicos son los elementos que aseguran la calidad científica del diagnóstico.

Los servicios de dietética, la farmacia, la medicina física y la rehabilitación, el trasplante de tejidos, la cirugía de los sistemas nerviosos y cardio-vascular, la medicina nuclear y otras pueden ser considerados entre los departamentos que dan calidad científica al tratamiento de los pacientes.

Evidentemente, el uso y desarrollo de todos estos servicios de apoyo del diagnóstico y tratamiento dependerán, en gran parte, del tamaño del hospital y, en general, se puede decir que su existencia integral sólo se justifica en hospitales relativamente grandes, vale decir, de más de 200 camas. De ahí que los hospitales pequeños ofrecen una atención médica de calidad inferior, que desgraciadamen-

te nunca podrá llegar al nivel de alto desarrollo científico, ya que sería anti-económico disponer en hospitales pequeños de personal especializado y de equipos de diagnóstico y tratamiento altamente sofisticados, los cuales deben ser concentrados sólo en los grandes establecimientos.

En los países de América Latina, por la insuficiencia de sus medios de comunicación, hay tendencia a la construcción de pequeños hospitales rurales diseminados en grandes extensiones de terreno o en sitios remotos y difícilmente accesibles, donde hay pequeñas concentraciones humanas. La atención médica que prestan estos hospitales necesariamente es de calidad inferior y sólo pueden estar destinados a la atención del parto y a ciertas enfermedades benignas que no requieren elementos quirúrgicos demasiado complejos. Como los índices de ocupación de estos hospitales son habitualmente bajos, justamente debido a sus limitaciones en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, el resultado es que tienen un coste de operaciones que es proporcionalmente más alto que el de los hospitales de mayor categoría. Estos pequeños hospitales rurales constituyen una solución transitoria para ofrecer servicios médicos mínimos en países cuyo desarrollo económicosocial no ha alcanzado todavía a mejorar los sistemas de comunicación. Tan pronto como los países alcancen este nivel de desarrollo, los hospitales pequeños están destinados a desaparecer y a ser reemplazados por grandes concentraciones en centros médicos, donde la calidad de la atención es superior.

En los hospitales en que existen servicios de alto nivel científico es indispensable establecer un *sistema de evaluación de la calidad del trabajo llevado a cabo por los departamentos respectivos*. Este sistema de evaluación de calidad debe incluir programas *de mantenimiento preventivo y de reparación*. Cada pieza de equipos debe ser permanentemente inspeccionada y mantenida para garantizar que los actos médicos a que esté destinada se ejecuten con el máximo posible de corrección. En los laboratorios de química debe haber una verificación diaria de los procedimientos y "tests" utilizados, a fin de comprobar que los aparatos estén bien calibrados y que los etalones correspondan a los niveles normales de la química biológica. Esto es especialmente importante en los laboratorios de hematología.

La existencia de un banco de sangre y de servicios de inmunohematología es un factor importante, que permite determinar el nivel de calidad de un hospital. Si estos servicios no existen en el hospital, la calidad de la atención se resiste y el hospital queda impedido para llevar a cabo ciertos actos especialmente quirúrgicos para los cuales la transfusión sanguínea es absolutamente esencial. Los exámenes rápidos de tejidos y la identificación y clasificación de alteraciones histológicas constituyen también servicios que son indispensables en la atención



médica moderna y cuya existencia refuerza el reconocimiento de calidad científica del hospital correspondiente.

Un departamento de radiología completo incluyendo el uso de radio isótopos para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes es otro requerimiento de la organización hospitalaria y elemento importante de la calidad de la atención médica. En ciertos hospitales destinados a servir una región grande o que tengan categoría nacional, la cobaltoterapia es también un elemento terapéutico que debería estar disponible.

Es comprensible que todos estos servicios en que se fundamenta la calidad de la atención médica son excesivamente caros para que puedan ser instalados en hospitales pequeños y multiplicados para diseminarlos en todo el país. Su alto coste se debe no solamente a los equipos e instalaciones indispensables para su funcionamiento, sino que también, y muy especialmente, a la alta especialización del personal que debe trabajar en ellos, cuya formación profesional es cara y generalmente dura años en completarse.

#### *Los servicios de urgencia y de guardia*

Todo hospital que aspire a ser reconocido como un establecimiento de calidad debe tener un servicio de urgencia para atender a quien quiera que se presente a sus puertas, sufriendo una brusca alteración de su estado de salud, y un servicio de guardia permanente para atender las emergencias que se pueden presentar dentro del hospital entre los enfermos hospitalizados.

Hay emergencias médicas y emergencias quirúrgicas, y el hospital debe estar preparado para atender a los pacientes de urgencia y para proporcionarles el tipo de atención médica requerida por su enfermedad. El hospital debe continuar la atención del paciente hasta el término de la emergencia salvo en el caso de que no disponga de los elementos de diagnóstico y tratamiento requeridos por el estado patológico del paciente.

Los servicios de emergencia deben funcionar las 24 horas al día y estar atendidos por médicos y enfermeras especialmente adiestrados para dar el tratamiento apropiado con la rapidez indispensable y utilizando los equipos de resuscitación y de monitoreo, como asimismo la ayuda de la radiología y del laboratorio clínico, a fin de dar la mejor calidad posible de atención médica al paciente. La evolución de cada caso debe ser incorporada a la historia clínica en la misma forma en que lo hacen las salas de hospitalización.

### *Atención progresiva del paciente*

La atención progresiva del paciente ha sido propiciada desde hace más de 20 años, pero ha tomado forma y se ha aplicado en un campo más amplio solamente en los últimos cinco años, y esto en relación con la aparición de una tecnología electrónica-médica, que ha permitido vigilar mejor al paciente y administrarle tratamientos oportunos, cuando cae en estado crítico y su vida está en peligro inminente.

La atención progresiva del paciente aspira a dar el más alto grado de calidad a la atención médica, a través de un uso racional de la capacidad profesional de los recursos humanos, de la utilización de instrumentos de monitoreo, que permiten una vigilancia permanente de las principales funciones vitales del paciente y por medio de la concentración de los pacientes en estado crítico que necesitan vigilancia y atención las 24 horas del día. Otros grupos de pacientes, que por ser de menor gravedad, pueden ser atendidos con un menor despliegue de recursos.

Esta manera de enfocar el problema de la atención hospitalaria modifica sustancialmente el funcionamiento interno, la departamentalización y la administración de los hospitales, ya que la agrupación de pacientes no se hará más de acuerdo con especialidades médicas, sino que se hará en función de la gravedad del enfermo. En esta forma, la atención progresiva del paciente distingue las siguientes unidades de tratamiento:

- a) *Unidad de cuidado intensivo*, destinada exclusivamente a pacientes en estado crítico que están en peligro inminente de muerte.
- b) *Unidades de cuidado intermedio*, para el paciente corriente que necesita cierto grado de atención médica y de enfermería.
- c) *Unidades de autocuidado*, para el enfermo convaleciente que se puede servir a sí mismo.
- d) *Atención ambulatoria y consultorio externo*, para los enfermos que no necesitan estar en cama y que constituyen más del 90% de los casos, y
- e) *Atención domiciliaria*, que puede estar destinada a enfermos crónicos o a convalecientes especialmente después de alguna intervención quirúrgica.

Este sistema de atención permite concentrar los recursos especializados en las áreas hospitalarias donde se encuentran los pacientes más graves y donde esos recursos son más esenciales. El resto de los pacientes recibirán un tratamiento adecuado a su diagnóstico y a la gravedad del caso, pero sin derrochar en ellos recursos humanos y materiales que no sean indispensables para la atención eficiente de su enfermedad.

Además de este mejor aprovechamiento de los recursos especializados, el sistema permite delimitar el campo de acción de cada profesional, aprovechando, en esta forma, las habilidades y destrezas profesionales del personal hospitalario. En otras palabras, el médico hará sólo funciones médicas, la enfermera desempeñará exclusivamente labores de enfermería y un funcionario administrativo se encargará de las actividades de secretaría, de abastecimientos, de aseo, y de traslado de muestras y documentos entre los departamentos del hospital.

Aun cuando el sistema ha sido muy debatido y tiene promotores y de tractores apasionados, es evidente que hoy en día todos reconocen las virtudes que tiene su aplicación especialmente en el tratamiento del paciente en estado crítico dentro de las unidades de cuidado intensivo, donde es posible hoy día, gracias a los monitores, resucitadores, marcapasos y otros instrumentos salvar a un 50% de enfermos que antiguamente estaban condenados a morir. Este es el caso de la enfermedad coronaria, de la insuficiencia del miocardio y paro cardíaco consecutivo, del coma diabético, de la uremia aguda, del quemado grave, etc.

A nuestro juicio, en el futuro, todo hospital general que desee dar atención de alta calidad a sus pacientes no podrá prescindir de la atención progresiva del paciente, como mecanismo básico esencial para mejorar la calidad de la atención y perfeccionar el funcionamiento interno del hospital. En efecto, las unidades de cuidado intensivo provocan un fuerte impacto en todos los servicios de apoyo del diagnóstico y el tratamiento, ya que los obligan a funcionar con la misma rapidez e intensidad con que trabajo la U.C.I.

Por otra parte, en el sistema de atención progresiva del paciente el consultorio externo tiene que proyectarse hacia el domicilio del enfermo y ponerse en contacto con problemas epidemiológicos, sociales, económicos y emocionales que permiten que el hospital se incorpore a una verdadera acción comunitaria, cuya trascendencia y proyección médico-social debe provocar gran impacto en el estado de salud de la comunidad.

## PARAMETROS DE CALIDAD

### *Mortalidad hospitalaria*

La evaluación de la calidad de la atención médica sólo puede ser medida por los resultados finales del tratamiento. Como el dato estadístico generalmente disponible son las tasas de mortalidad hospitalaria, resulta que la manera más simple de medir la calidad es a través de las estadísticas de mortalidad.

Es necesario, sin embargo, tener presente que la mortalidad general de un hospital dice muy poco, por cuanto ella es una representación en promedio de las diferentes tasas específicas de mortalidad de cada departamento del hospital. Así, por ejemplo, mientras que en la unidad de cuidado intensivo, que atiende los pacientes más graves, una mortalidad de hasta 20% es tolerable, en cambio en los servicios de maternidad no debería tolerarse una mortalidad superior a 4 por 10.000 nacidos vivos. Se puede considerar que una tasa de mortalidad aceptable en hospitales generales que reciben toda clase de pacientes agudos es entre 2,5 a 3 por cada 100 egresos. Hay que recordar que la mortalidad hospitalaria tiene un amplio margen de variación, como lo demuestran numerosos estudios al respecto en que se ha estudiado la mortalidad comparada por ciertas causas específicas, tal como en un estudio realizado por Lembcke en 1952, en todos los hospitales de la región norte del Estado de Nueva York, en el que encontró una variación de las tasas de mortalidad desde 2,9 a 7,1 por 1.000 habitantes\*.

### *Curación clínica*

Evidentemente, la calidad se puede medir no sólo por la supervivencia, sino que por la recuperación del paciente y la restauración de su capacidad de trabajo. En el aspecto de morbilidad, el único indicador de que se dispone para medir la calidad es el número de servicios finales, vale decir, los egresos hospitalarios con curación clínica del paciente. Al igual que la mortalidad, las cifras de morbilidad y de recuperación sólo pueden ser estudiadas en forma específica de acuerdo con enfermedades o grupos de enfermedades, ya que la cifra global en un hospital da muy poca orientación, por cuanto ella representa la combinación arbitraria de las tasas de morbilidad y de recuperación de todos los enfermos hospitalizados, durante un período de tiempo. Dependerá por lo tanto de su diagnóstico, cuál será el resultado esperado, como rendimiento de la atención hospitalaria.

Por todas estas razones, la validez del rendimiento hospitalario, como elemento indicador de la calidad, es con frecuencia puesto en duda como medida

valedera de la calidad de la atención. Si utilizamos el índice de supervivencia como indicador de calidad estamos ignorando la existencia de enfermedades que aún cuando no matan son origen de invalideces graves. A la inversa estamos sobrevalorando el fenómeno muerte, que es inevitable en ciertos casos, a pesar de la más alta calidad de servicios ofrecidos. Otro tanto ocurre con la curación clínica que puede ser transitoria y los síntomas pueden reaparecer en recaídas o accidentes tardíos en relación con la misma enfermedad, los que pueden aparecer varios meses o años después de haber hecho la evaluación del rendimiento de un caso terminado.

#### *Prevención de la muerte e invalidez*

Ya hemos dicho que el tipo de atención médica ofrecida por una unidad de cuidado intensivo puede prevenir la muerte de no menos del 50% de enfermos que generalmente debían morir antes de la existencia de las unidades de cuidado intensivo. Otro tanto sucede con la prevención de la invalidez a través de la aplicación moderna de tratamiento de kinesiterapia en casos de poliomielitis. Como ya se ha dicho, estudiando específicamente una enfermedad o un grupo de enfermedades con etiopatogenias semejantes es posible establecer indicadores que pueden ser una expresión bastante fiel de la calidad de la atención en determinados servicios. Lo que no es posible es medir la calidad a través de los datos generales de estadísticas de la atención hospitalaria.

#### *Prolongación de la vida*

La calidad de la atención médica también se puede medir por la repercusión que los servicios hospitalarios tienen en la prolongación de la vida de la población. La aplicación de medidas preventivas, la continuidad de la atención, la coordinación de las acciones médicas de distintos miembros del equipo de salud, y la comprensión de los fenómenos económicos y sociales, son características que contribuyen a definir la calidad de la atención médica y que se expresan en un indicador de eficacia, a través de la disminución de la mortalidad general e infantil y de la prolongación de la expectativa de vida al nacer.

Si el objetivo de los servicios de salud es alcanzar el más alto grado de salud y bienestar posible de una población, y el objetivo del hospital dentro del servicio de salud es aliviar los dolores, mejorar a los enfermos y evitar la invalidez y la muerte, todo este conjunto de propósitos debe repercutir en una prolongación de la vida de la población servida por el sistema hospitalario. En consecuencia, la prolongación de la expectativa de vida al nacer en definitiva viene a ser el mejor indicador, amplio y comprensivo, de la calidad de las prestaciones de salud integrales que se ofrecen a la población.

Por otra parte es necesario tener presente que el mejor juicio de la calidad de las prestaciones son los usuarios del servicio, que, en definitiva, juzgan el proceso a que han sido sometidos y el grado de bienestar que les ha proporcionado la atención que recibieron.

## FUNCION DOCENTE DEL HOSPITAL

### *Formación científica del personal*

Los conocimientos científicos del personal profesional del hospital son probablemente, en definitiva, el principal factor que determinará la calidad de la atención médica. Una formación profesional completa en una Facultad de Ciencias de la Salud, que no sólo oriente al estudiante hacia los aspectos estrictamente clínicos sino que le dé, además, los conocimientos adecuados en ciencias de la conducta y en psicología social, para conocer las reacciones psicológicas previsibles de los pacientes frente al tratamiento médico y para diseñar y dirigir un programa de medicina preventiva y epidemiológica constituyen la mejor garantía de eficiencia de la atención hospitalaria.

Un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud dejó establecido que todo hospital es potencialmente un centro docente y que las instalaciones hospitalarias deben ser usadas para la formación de estudiantes de medicina, enfermería y otras profesiones de la salud. Esta función docente, sin embargo, no debe estar limitada a la enseñanza de pregrado en la Escuela de Medicina, sino que debe además extenderse a la formación de especialistas en residencias de postgrado.

El ejercicio de la formación docente dentro de los servicios hospitalarios contribuye en forma efectiva a mejorar la calidad de la atención médica, por cuanto eleva el nivel científico de las prestaciones e induce a los métodos y a sus colaboradores a concentrarse más a fondo en el estudio etiopatogénico de las enfermedades y en el perfeccionamiento de los medios de diagnóstico y tratamiento.

La especialización del médico y la enfermera contribuye también a elevar la calidad de la atención hospitalaria, ya que un conocimiento más profundo de un determinado grupo de enfermedades permite que el diagnóstico sea más acucioso y el tratamiento más oportuno y específico. Existe hoy la tendencia a que tanto médicos como enfermeras se especialicen en el cuidado intensivo del paciente en estado crítico, utilizando toda una serie de instrumentos y de métodos tecnológicos que permiten vigilar al paciente en forma permanente y diag-

notificar oportunamente accidentes graves como el paro cardiaco, que de no ser atendidos en forma instantánea conducen a la muerte del enfermo.

### *Investigaciones científicas y sociales*

Como parte de la función docente del hospital, debe también considerarse las múltiples oportunidades que el trabajo hospitalario presenta para llevar a cabo investigaciones científicas de la más alta calidad, que permitan estudiar la fisiología normal y patológica de todos los sistemas vitales del organismo humano, al mismo tiempo que la etiopatogenia de las enfermedades y las reacciones bioquímicas del organismo frente a los agentes patológicos y terapéuticos. La conclusión natural de estos estudios científicos es el desarrollar técnicas cada vez más perfeccionadas para el diagnóstico de las enfermedades y métodos cada vez más efectivos para el tratamiento de las mismas. Naturalmente que la historia clínica y las estadísticas hospitalarias juegan un papel importantísimo para facilitar la observación y comparación de casos que llevaran al investigador médico a resultados concretos y positivos en beneficio del enfermo.

También la epidemiología se puede beneficiar, utilizando la historia natural de la enfermedad derivada de la historia clínica y de la secuencia de fenómenos fisiopatológicos de la evolución clínica del paciente.

Finalmente, la investigación biosocial y administrativa se puede ver enriquecida por el estudio del comportamiento de la comunidad frente a las prestaciones médicas recibidas y por la evolución de los fenómenos psicosociales, que permiten analizar la aceptación por parte de los usuarios de los servicios prestados por el hospital. Si a lo anterior se agrega la investigación operacional y el análisis de sistemas, el hospital queda en condiciones óptimas para diseñar modelos de atención médica comunitaria en los que se promueva una mejor utilización de los recursos hospitalarios, una mayor productividad de ellos y, como consecuencia de lo anterior, una mejor calidad de las prestaciones, que redundará en la mayor satisfacción profesional del equipo de salud y, lo que es más importante, en una mejor aceptación por parte de los usuarios.

### *Acreditación docente--asistencial de los hospitales*

Ya se ha dicho que todo hospital es, potencialmente, un centro docente. Evidentemente, no todos los hospitales pueden cumplir la función docente en su integridad. Para que el proceso de enseñanza-aprendizaje pueda llevarse a cabo en forma efectiva es indispensable que el hospital posea las facilidades de laboratorios, rayos X, medicina nuclear, medicina física y rehabilitación, etc., y las aulas, salas de estudio, biblioteca, y laboratorios de práctica adecuados para po-

der recibir a los estudiantes. Por otra parte, será necesario que existan los servicios médicos y el personal especializado de enfermería para poder transmitir conocimientos y ayudar al estudiante en el desarrollo de sus aptitudes y destrezas en el manejo de las técnicas modernas.

Es de todo punto de vista conveniente, además, que los hospitales de enseñanza se incorporen al sistema nacional de asistencia médica y a la regionalización de los servicios de salud del país.

Por medio de este intercambio de las funciones docente-asistenciales de los hospitales es posible multiplicar los campos clínicos para la enseñanza de la medicina y de la enfermería y, por lo tanto, aumentar la capacidad docente de las Escuelas de Medicina, a fin de producir el número de profesionales necesario para un desarrollo ordenado del sistema de salud del país.

La incorporación del hospital al sistema regional de salud tiene por otra parte la ventaja de que permite que el estudiante de medicina o de enfermería sea expuesto a experiencias prácticas en el consultorio externo en los centros de salud periféricos y aún en el domicilio de los pacientes, como una manera de familiarizarlo con los problemas del ejercicio profesional, que tendrá que resolver después de obtenido el título. Todas estas funciones de asistencia médica de alta calidad y de educación médica moderna, con proyección comunitaria de ambas, exigen que el hospital cumpla con cierto número de requisitos fundamentales que lo pongan en condiciones satisfactorias para cumplir con este amplio campo de responsabilidades. Estos requisitos deben ser fijados por una autoridad superior, que podría ser el Ministerio de Salud en colaboración con las Instituciones de Seguridad Social y con las Universidades, y tendrán su expresión práctica en lo que se llama la acreditación docente-asistencial de los hospitales y otros servicios de salud. Los establecimientos que cumplan con todos estos requisitos podrán llenar plenamente la función que corresponde al hospital como instrumento de la medicina social y de la salud pública.

## EVALUACION DE LA CALIDAD

Así como es difícil definir el concepto de calidad, es igualmente difícil medir su magnitud, ya que está sujeta a numerosas variables que impiden obtener un resultado mensurable por un sólo indicador.

En general se puede decir que es posible evaluar, desde el punto de vista de su calidad, el acto médico, el proceso administrativo, a través del cual se otorga la prestación médica, y se puede finalmente medir el producto de la atención en términos de resultado del tratamiento, de elevación del estándar de salud de la población y de aceptación social de las prestaciones ofrecidas.



### *El acto médico*

El acto médico se evalúa por medio de la auditoría médica. Esta puede ser individual o de grupos, según que se aplique a casos clínicos aislados o a grupos de pacientes que sufren la misma enfermedad y que han sido sometidos a un mismo proceso terapéutico. En uno y otro caso, la base del proceso de auditoría está constituida por las historias clínicas, que deben proporcionar la información indispensable de los servicios recibidos y de los tipos de tratamiento otorgados.

En esencia, la auditoría médica consiste en comparar lo que se hizo con lo que se debería haber hecho a un paciente determinado o a un grupo de pacientes. Siendo un proceso esencialmente médico debe ser realizado por médicos y con el consentimiento de todos los médicos que trabajan en un hospital o en un servicio determinado. La aplicación de estándares clínicos y terapéuticos sólo puede estar basada en experiencias anteriores o en conocimiento teórico comúnmente aceptado, y es necesario buscar indicadores que permitan traducir el acto médico a denominadores comunes que sean comparables matemáticamente. La auditoría médica no es un proceso fácil y exige como condición indispensable la existencia de historias muy completas y bien llevadas y de una estadística hospitalaria muy acuciosa y permanente al día. El fallo final de la auditoría debe estar entregado en manos de grupos o comisiones del más alto nivel científico y cuyos miembros gocen de prestigio y confianza entre sus colegas, a fin de que sus soluciones sean tomadas amistosamente, en cuanto representan un elemento de perfeccionamiento de la calidad de la prestación médica y no una crítica a la manera como se ha atendido al enfermo.

### *El proceso administrativo*

La evaluación del proceso administrativo se hace por los resultados finales y se mide a través del promedio de estada de cada paciente, el índice ocupacional de las camas, y el índice de rotación o giro de ellas, vale decir, el número de pacientes que han ocupado una cama en el plazo de un año. Además, para medir el resultado administrativo financiero, se puede utilizar el número de recetas por día-paciente y el número de exámenes de laboratorio y rayos-X por día-paciente. Se considera que un número de egresos por cama año de 25, con un índice ocupacional del 85% y 12,4 días de promedio de estada, son cifras aceptables para un hospital general con enfermos de corta estancia. Los indicadores económicos-financieros serían de 0,8 recetas por paciente-cama y un examen de laboratorio o de rayos-X por paciente-cama.

### *El producto de la atención*

El resultado final del tratamiento se puede evaluar por la condición del paciente al egreso, lo cual mide la eficiencia del servicio hospitalario, o por la elevación del estándar de salud de la población atendida, lo cual es una expresión de la eficacia de las acciones de salud. Desde el punto de vista de la psicología social es posible medir la aceptación de las prestaciones ofrecida por los beneficiarios de ellas.

La información estadística disponible para evaluar la atención hospitalaria es en general muy escasa y sería de desear que los hospitales mejoraran sus mecanismos de información y comunicación, a fin de facilitar estudios de evaluación. Por ejemplo, la condición del paciente en el momento del alta se califica en los grandes rubros de sano, mejorado, en igual condición, o muerto, lo cual no permite hacer estimaciones evaluativas apropiadas sobre todo cuando el hospital contiene diferentes especialidades y atiende enfermedades de muy diversa gravedad. Como ya hemos dicho en un capítulo anterior, el resultado del tratamiento sólo puede medirse por grupos específicos de enfermedades y en definitiva el mejor indicador es la prolongación de la vida y la satisfacción de las aspiraciones de la comunidad.

### COSTES VERSUS CALIDAD

Debemos empezar por decir que el alto costo de un hospital no es necesariamente sinónimo de buena calidad y excelencia de las prestaciones. Esto se comprende mejor si pensamos que el coste hospitalario está constituido en parte por los salarios del personal incluyendo médicos, rubro que constituye del 60 al 70% del coste, y al cual se debe agregar el coste de la alimentación, de los medios de diagnóstico, de las medicinas y otros medios terapéuticos, del mantenimiento e ingeniería hospitalaria y del recargo debido a funciones estrictamente administrativas. Es necesario además tener presente que el coste por día-cama representa un promedio entre los casos sencillos, que consumen muy pocos materiales, hasta las grandes intervenciones quirúrgicas y las enfermedades crónicas y complicadas que tienen un enorme insumo de horas de trabajo de personal y de medios de diagnóstico y terapéutica. Tomando en cuenta todas estas razones es que muchos autores prefieren referirse al coste total por caso, como un índice más preciso que puede individualizar el coste total de un tratamiento y permite comparar con mayor exactitud cuanto cuesta en promedio atender casos de la misma enfermedad en diferentes hospitales.

En el cuadro que se acompaña que ha sido confeccionado con datos extraídos de una publicación de Duncan Neuhauser y Fernand Turcott\*, se puede

observar que los grandes hospitales federales, de la muestra observada, tiene un coste por día-cama que es bajo (US\$54.12), pero un promedio de estada largo (19,9) de donde resulta que el coste total por caso es alto (\$1.077). Si se compara este resultado financiero con los hospitales estatales entre los que se incluyen hospitales locales pequeños, lo que determina una baja acreditación de estos establecimientos, se observa que el coste por día-cama es más alto que en los hospitales federales (\$71.32), pero teniendo un promedio de estada bajo (10,9), y el coste total por egreso resulta apreciablemente más bajo (\$921.00). Los hospitales voluntarios en cambio, que en promedio son más chicos que los federales y los estatales, pero que han alcanzado un buen grado de acreditación, tiene un coste por día-cama de \$71.32, que está entre el coste de los hospitales federales y el de los hospitales estatales. Sin embargo, los hospitales voluntarios con un promedio de estada bajo de 8,3 días presentan un coste total por egreso de \$592.00, que es casi la mitad del coste de los hospitales federales y un 40% más bajo que los hospitales estatales.

Lo anterior está demostrando que el coste hospitalario no puede ser analizado en forma global, sino que en función del tamaño del hospital, del proceso administrativo, y de las clases de enfermos que admiten.

---

\* Neuhauser, D., y Turcott, F. "Costs and quality of care in different types of hospitals". *The Annals de la American Academy of Political and Social Sciences. The Nation's Health. Some Issues. Enero 1972.* Págs. 50-61.

COSTES DE  
HOSPITALES GENERALES

Estados Unidos de América - 1970

Administración	Tamaño Promedio del Hospital	Porcentaje de Acreditación	Coste-Promedio día-cama US\$	Promedio Estada	Coste Total por Egreso US\$
Federal	261	84	54.12	19,9	1.077
Estatad	211*	57	84.50	10,9	921
Voluntaria	172	82	71.32	8,3	592

\* Incluye hospitales locales pequeños.

FUENTE: "The Guide Issue. Hospitals" *Journal of the American Hospital Association*. 1970. Citado por Neuhauser, D., y Turcott, F. en *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*.

En el ejemplo que comentamos es probable que el alto coste de los hospitales estatales está en relación con la existencia de un número apreciable de pequeños hospitales locales. Generalmente estos hospitales pequeños tienen un índice ocupacional muy bajo y un promedio de estada corto en virtud de que sólo pueden hospitalizar casos clínicos simples y con frecuencia están dedicados preferentemente a la atención de partos. Por estas razones, el coste total por egreso resulta relativamente bajo, pero en todo caso muy alto en relación con la clase de pacientes admitidos en estos hospitales. Los costes de estos hospitales pequeños, en consecuencia, no son comparables con los costes de los grandes hospitales regionales que, por atender mayor número de pacientes, los gastos generales se distribuyen en universos más grandes y por lo tanto contribuyen a reducir el coste por día-cama. Sin embargo, por la gravedad de los casos que admiten se suele prolongar el promedio de estada como en el ejemplo citado, lo cual redundando en un mayor gasto por egreso.

Lo anterior viene a corroborar lo ya dicho en el sentido de que las únicas comparaciones de costes válidas son aquellas entre grupos específicos de enfermedades, atendidos en hospitales de características administrativas similares y que apliquen una tecnología médica comparable.

Finalmente, las inversiones de capital en edificios, instalaciones y equipos, cuyo valor debe ser amortizado en un período de tiempo equivalente a aquel en que debe efectuarse su reposición, tienen también una influencia en los costes y en cierto modo en la calidad de las prestaciones. Es indiscutible que tanto el médico como el paciente sienten mayor satisfacción de trabajar en un ambiente físico confortable sin necesidad de que sea lujoso. De ahí la conveniencia de fijar los límites razonables dentro de los cuales se puede obtener un ambiente físico satisfactorio sin necesidad de incurrir en gastos de construcción y reparaciones que son superfluos y sólo repercuten en los costes sin mejorar la calidad de las prestaciones.

## COORDINACION

Los desniveles muy marcados de la calidad de las prestaciones concedidas por hospitales pertenecientes a distintas instituciones son, con frecuencia, uno de *los mayores obstáculos para alcanzar algún sistema de coordinación o de integración de actividades*. Se ha dicho y repetido que una de las condiciones esenciales para poner en práctica la coordinación es la uniformidad de los métodos y procedimientos médicos. La uniformidad de proceso administrativo debe incluir una regulación de salarios de tal manera que el personal tenga igual remuneración por igual trabajo. Todas estas condiciones son difíciles de cumplir, cuando se trata de coordinar un hospital monobloc moderno con toda clase de equipos e

instalaciones para la aplicación de la tecnología médica actual, con otro hospital vetusto funcionando en un edificio viejo y con pobres condiciones para el desplazamiento de enfermos y personal y cuyas instalaciones y equipos, si es que existen, son de calidad inferior o anticuadas. El problema de los salarios es también con frecuencia un obstáculo casi insalvable para poner en marcha el proceso de coordinación.

Todo lo anterior está demostrando que la nivelación de la calidad es un elemento esencial de la coordinación y con frecuencia se transforma en un requisito indispensable que debe llevarse a la práctica antes de iniciar el proceso de coordinación. El problema más serio es que, como hemos dicho, la elevación de la calidad habitualmente va acompañada de un aumento de los costes y las instituciones propietarias de los establecimientos con frecuencia no están en condiciones de enfrentar el financiamiento de un mayor gasto de operaciones de un establecimiento de salud. En otras palabras, cantidad, calidad, costes y coordinación de los servicios son etapas de un mismo proceso que difícilmente pueden ser cumplidas aisladamente y que por el contrario deben constituir una secuencia armónica, que se puede ir cumpliendo en forma progresiva y cuyo objetivo final es aumentar la cobertura y mejorar la calidad para satisfacer la demanda de servicios de la población.

Los mecanismos de coordinación son necesarios a todos los niveles de la organización médica y, por lo tanto, el resto del proceso administrativo ya mencionado debe ser también aplicado en los mismos niveles.

La coordinación intrahospitalaria es esencial para que el trabajo de los distintos departamentos del hospital sea armónico, con objetivos comunes y con métodos administrativos y técnicos similares. Esto que parece tan elemental no siempre se cumple en la práctica, ya que cada departamento hospitalario suele trabajar independientemente y con frecuencia el mayor dinamismo e influencia de un jefe permite que el departamento por él dirigido progrese en forma mucho más rápida que el resto de los departamentos del hospital. Este desequilibrio dentro de un mismo establecimiento es altamente perjudicial para la buena coordinación, ya que los métodos de trabajo y la evaluación del rendimiento no pueden aplicarse simultáneamente en departamentos, cuya calidad y coste de las prestaciones no son comparables entre sí.

Es también indispensable propiciar la coordinación de los hospitales con los servicios ambulatorios preventivos y curativos dentro de la región de salud. Como estos establecimientos suelen pertenecer a distintas instituciones, se plantea el problema de nivelar costes y calidad junto con los métodos administrativos y las estadísticas como elementos esenciales para poner en marcha la coordinación.

Finalmente es necesario coordinar el sistema de atención médica hospitalaria con el sistema de salud del país y a ambos con los organismos de planificación de la salud y de planificación económico-social. Colocado el sistema de atención médica hospitalaria dentro de este complejo sistema del desarrollo económico social inevitablemente las instituciones se ven enfrentadas con la competencia por mayores recursos y con la necesidad de realizar estudios de coste-beneficio para demostrar la excelencia de las prestaciones concedidas y su repercusión, no sólo sobre la salud de la población, sino que también sobre la economía nacional. Esta es, en último término, la razón poderosa que obligará, tarde o temprano, a que se produzca la confluencia de intereses y aspiraciones de los distintos grupos interesados en las prestaciones médicas, que tendrán que presentar un frente unido uniforme y coordinado para defender el lugar que a la salud le corresponde frente a los centros de poder, donde se toman las decisiones para el desarrollo económico y social de los países.

#### B I B L I O G R A F I A

- Abel-Smith, Brian. *El precio de los servicios sanitarios. Estudio de los costes y de las fuentes de financiamiento en seis países*. Cuadernos de Salud Pública 17. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1964.
- Abel-Smith, Brian. *Major Patterns of Financing and Organization of Medical Care in Countries Other than the United States. Deliberations of the Subcommittee on Social Policy for Health Care of the Committee on Special Studies*. Reimpreso del *Bulletin de la New York Academy of Medicine*. 1969.
- Altman, Isidore, et. al. *Methodology in Evaluating the Quality of Medical Care: An Annotated Selected Bibliography, 1955-1958*. University of Pittsburgh Press, Ed. Rev., 1969.
- American Hospital Association. *Cost Finding for Hospitals*. Chicago, 1966.
- American Hospital Association. *Statement of the Financial Requirements of Health Care Institutions and Services*. Chicago, 1969.
- Andersen, Ronald, et. al. *A Decade of Health Services*. Chicago: The University of Chicago Press, 1967.
- Andersen, Ronald, et. al. "Factors Associated with the Increasing Cost of Hospital Care". *The Annals de la American Academy of Political Science*, Vol. 399, enero 1972.
- Anderson, Odin W. "Health-Services Systems in the United States and Other Countries-Critical Comparisons". *Medical Care: Social and Organizational Aspects*. Springfield: Charles C. Thomas, 1966.

- Blue Cross Association. *A Report to the Nation*. June 30, 1967. Chicago, 1968.
- Bureau of Public Health Economics and Department of Economics. *The Economics of Health and Medical Care: Proceedings of the Conference on the Economics of Health and Medical Care*. May. 10-12, 1962. Ann Arbor: The University of Michigan, 1964.
- Chester, Theodore E. "United States Hospital Costs in International Perspective". *The Annals de la American Academy of Political Science*, Vol. 399, enero 1972.
- DeGeyndt, Willy. "Five Approaches for Assessing the Quality of Care". *Hospital Administration*, Vol. 15, No. 1, 1970.
- Department of Health, Education, and Welfare. *A Report to the President on Medical Care Prices*. Febrero 1967.
- Donabedian, Avedis. *A Guide to Medical Care Administration: Medical Care Appraisal-Quality and Utilization*. Nueva York: American Public Health Association, 1969.
- Donabedian, Avedis. *Evaluating the Quality of Medical Care*. Reimpreso de la revista *Misbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XLIV, No. 3, Parte 2, julio 1966.
- Cressler, Jr., Forrest G. "Patient Care Assessment in Extended Health Care Facilities". *Connecticut Health Services Research*, No. 1, 1970.
- Fox, Peter D. "Access to Medical Care for the Poor: The Federal Perspective". *Medical Care*, Vol. X, No. 3, mayo-junio 1972.
- Graham, John R. "Medical Education in the Community Hospital". *Medical Care: Social and Organizational Aspects*. Springfield: Charles C. Thomas, 1966.
- Grosse, Robert N. "Cost-Benefit Analysis of Health Services". *The Annals de la American Academy of Uolitical Science.*, Vol. 399, enero 1972.
- Helbig, Donald W., et. al. "The Care Component Score - A New System for Evaluating Quality of Inpatient Care". *American Journal of Public Health*, Vol. 62, No. 62, No. 4, abril 1972.
- Hurtado, Arnold V. "The Utilization and Cost of Home Care and Extended Facility Services in a Comprehensive, Prepaid Group Practice Program". *Medical Care*, Vol. X, No. 1, enero-febrero 1972.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *Accreditation Manual for Hospitals*. Chicago, diciembre 1970.
- Klarman, Herbert E. *The Economics of Health*. Nueva York Columbia University Press, 2da. imp., 1967.



- Knowles, John H. "The University Hospital as a Community Health Resource". *Medical Care: Social and Organizational Aspects*. Springfield: Charles C. Thomas, 1966.
- Michel, Clement. "Análisis de la evolución de los costos de salud". *Estudios de la Seguridad Social*, No. 1, 1972.
- Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social. *Comparaison du Coût de la Sécurité Sociale en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux Etats-Unids, Années Financières 1961-1962 à 1966-1967 inclusivement*. Ottawa: Direction de la recherche et de la statistique. Documento mimeografiado, 1968.
- Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Instituto Colombiano de Seguros Sociales. *Memorias del II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. 21 a 27 de junio de 1970*. Bogotá: Editorial Don Bosco abril 1971.
- Morehead, Mildred A. "Evaluating Quality of Medical Care in the Neighborhood Health Center Program of the Office of Economic Opportunity". *Medical Care*, Vol. VIII, No. 2, marzo-abril 1970.
- Neuhauser, Duncan. *et. al.* "Costs and Quality of Care in Different Types of Hospitals". *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, Vol. 399, enero 1972.
- Oficina Internacional de Trabajo. *El costo de la asistencia médica*. Ginebra: 1969.
- Organización de los Estados Americanos. *El costo de la atención médica en los sistemas de seguridad social de América Latina: Factores y características*. Departamento de Asuntos Sociales, UP/SER. H/VII-83, mayo 1970.
- Organización Mundial de la Salud. *The Efficiency of Medical Care. Report on a Symposium. 4-8 July 1966*. Oficina Regional para Europa. EURO 294.2, Copenhagen, 1967.
- Organización Panamericana de la Salud. *Grupo de Estudio sobre unidades de cuidado intensivo. Junio 3-15, 1968. Santiago, Chile*. Documento Mimeografiado. Washington, D.C., 1968.
- Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación de la Atención Médica. Informe Final y Documentos de Trabajo de un Grupo de Estudio*. Publicación Científica No. 201. Washington, D.C., 1970.
- Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación de los servicios médicos. Discusiones Técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Publicación Científica No. 154. Washington, D.C., 1967.
- Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de Salud*. Publicación Científica No. 234. Washington, D.C., 1972.

- Querido, A. *The Efficiency of Medical Care*. Leiden: H.E. Stenfert Kraese, N.V., 1963.
- Richardson, Fred MacD. "Peer Review of Medical Care". *Medical Care*, Vol. X, No. 1, enero-febrero 1972.
- Roemer, Milton I. *Organización de la atención médica en los regimenes de seguridad social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1969.
- Saward, Ernest W. "The Relevance of Prepaid Group Practice to the Effective Delivery of Health Services". *18th Annual Group Health Institute, Ontario Canada*. Junio 18, 1969. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1969.
- Schonfeld, Hyman K. "Standards for the Audit and Planning of Medical Care: A Method for Preparing Audit Standards for Mixture of Patients". *Medical Care*, Vol. VIII, No. 4, julio-agosto 1970.
- Secretaría de Salud, Educación y Bienestar. *La organización y el financiamiento de los servicios de salud en los Estados Unidos de América*. Washington, D.C.: División de estudios sobre el Seguro de Enfermedad, Oficinas de Investigaciones y Estadística, Administración del Seguro Social, septiembre de 1968.
- Sheps, Cecil G, y Drosness, Daniel L. "Medical Progress - Prepayment for Medical Care". Reimpreso del *New England Journal of Medicine*, 264:390-396, 444-448, 494-499, febrero 23 y marzo 2 y 9, 1961.
- Solar, Miguel. *Evaluación hospitalaria y auditoría médica*.
- Somers, Herman M. "National Health Insurance: Strategy and Standards". *Medical Care*, Vol. X, No. 1, enero-febrero 1972.
- Stead, Jr., Eugene A. "Postgraduate Medical Education in the Hospital". *Medical Care: Social and Organization Aspects*. Springfield: Charles C. Thomas, 1966.
- Trussell, Ray E. "The Quality of Medical Care as a Challenge to Public Health". *American Journal of Public Health*, Vol. 55, No. 2, febrero 1965.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. "Inpatient Utilization of Short-Stay Hospitals by Diagnosis. United States - 1965". *National Center for Health Statistics*, Serie 13, No. 6, mayo 1970.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. *Report of the National Conference on Medical Costs*. Washington, D.C.: U.S. Printing Office, 1968.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. *University Medical Care Programs Evaluation*. DHEW Publicación No. (HSM) 72-3010, diciembre de 1971.
- Williams, K.J. "The Role of the MRL in the Appraisal of Medical Care". Reimpreso de de la revista *Hospital Progress*, enero 1964.

APORTACIONES DE LAS DELEGACIONES

- 1.—ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.  
“SALUD, ECONOMIA Y SEGURIDAD SOCIAL”

*Dr. Jérôme Dejardin.*

- 2.—MEXICO.

“LA PRODUCTIVIDAD EN LA PRESTACION MEDICA COMO FACTOR DE UTILIZACION DE RECURSOS”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Lic. Ricardo García Sainez.*

*C.P. Jorge Marín Flores.*

*C.P. Agustín Barbosa Kubli.*

*Dr. Adolfo Andrade Quevedo.*

- 3.—PANAMA.

“LA CALIDAD Y EL COSTO DE LAS PRESTACIONES MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION”.

*Dr. Rafael Vázquez y Colaboradores.*

- 4.—MEXICO.

“ASPECTOS ECONOMICOS DE LA ATENCION MEDICA”.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

*Dr. Miguel Angel Gill Corrales.*

- 5.—MEXICO.

“EVALUACION DE LA ASISTENCIA MEDICA”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Dr. Fernando González Montesinos.*

## INFORME FINAL

El III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, después de haber conocido la Ponencia relativa a "LA CALIDAD Y EL COSTE DE LAS PRESTACIONES MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION" presentada por la Organización Panamericana de la Salud, 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.—Los usuarios tienen derecho a recibir una prestación médica integral de la más alta calidad posible y las instituciones de Seguridad Social tienen la obligación de esforzarse para proporcionarla a los asegurados y beneficiarios. La alta calidad favorece la coordinación con otros organismos, incluyendo las instituciones docentes.
- 2o.—La calidad debe ser requisito en todos los niveles de la prestación médica integral.
- 3o.—Es imperativo evaluar la calidad cualitativa y cuantitativa de la prestación médica, para lo cual es recomendable la implantación de sistemas con ese fin.
- 4o.—El aumento de los costos que se producen por la elevación de la calidad, está plenamente justificada siempre que se acompañe del aumento de los niveles de salud de la comunidad.  
  
En el orden financiero, este aumento de los costos puede aminorarse con un adecuado uso de los recursos para aumentar su productividad.
- 5o.—La evaluación y los sistemas de información estadística, de los servicios médicos exigen una historia clínica que, debe ser un documento funcional, práctico y útil.

La elaboración del presente Informe estuvo a cargo del

*Grupo de Trabajo No. 5*

Mesa Directiva:

Presidente: Dr. Alfredo Leonardo Bravo (OPS)

Vicepresidente: Dr. Irwing Wolkstein (USA)

Secretario Técnico: Dr. Rafael Vázquez (Panamá)

Integrantes:

Dr. Jérôme Dejardin (AISS)

Dr. Dionisio Aceves Sáinz (México)

Dr. Ricardo Campos H. (México)

Dr. Gabriel Castillero (Panamá)

Dr. Víctor Espinosa de los Reyes (México)

Dr. Miguel Ángel Gil Corrales (México)

Dr. Juan Enríquez Coello (Ecuador)

Dr. Mario Reni Roldán (El Salvador)

Dr. Marcial Ríos (Perú)

Dr. Juan Rodríguez Argüelles (México)

Dr. José Manuel Sáinz Janini (México)