

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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



ASUNCION - PARAGUAY

**IV CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
CISS - AISS**

Auspiciado y Organizado por:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

22 al 30 de Septiembre de 1974

I N D I C E

	Página
COMISION ORGANIZADORA	17
AUTORIDADES DEL CONGRESO	19
TEMARIO	21
INTRODUCCION	22
PROGRAMA GENERAL	27
CRONICA DEL CONGRESO	33
LISTA DE DELEGADOS Y OBSERVADORES	43
PRIMERA SESION PLENARIA	61
INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD. Documento preparado por la Asociación Internacional de la Se- guridad Social.	63
ANALISIS DE LOS EFECTOS RELEVANTES QUE DETER- MINAN EL COSTO DE LA ATENCION MEDICA Y SU CON- TROL ADMINISTRATIVO. Documento preparado por el Comité Permanente Interamerica- no de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médi- co Social	77
COSTOS E INVESTIGACION ECONOMICA APLICADOS A LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD. CONSIDERACIONES PRELIMINARES. Documento preparado por la Organización de los Estados Ame- ricanos	95
PRIMERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SO- BRE EL TEMA	113
INFORME FINAL DE LA PRIMERA SECCION.....	115
SEGUNDA SESION PLENARIA.....	117
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRES- TACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,	

PRIMERA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Edgar Osvaldo Oviedo Zaracho.
Presidente del Consejo Superior
y Director General del Instituto de
Previsión Social.
Presidente del IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.

Presidentes Alternos:

Ing. Celestino Rodrigo.
Secretario de Estado de Seguridad Social de Argentina.
Presidente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Dr. Andre Moineau.
Director de Asistencia a Impedidos del Plan de Pensiones Canadiense.

Secretario Técnico:

Dr. Arsenio Cuenca Simón.
Instituto de Previsión Social Paraguay.

TEMA:

“PROGRAMAS DE INVESTIGACION DE ECONOMIA MEDICA Y SU INFLUENCIA EN LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELEVANTES QUE DETERMINAN EL
COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SU CONTROL
ADMINISTRATIVO” ***

Dr. Edgar Oswaldo Oviedo**
Dr. Rafael Senties V. ***
Lic. Alfonso Murillo Guerrero ****
Lic. Agustín Barbabosa K. *****
C.P. Eduardo González *****

Desarrollo del Sector Salud

La Salud y la Seguridad Social.

La aspiración de ofrecer salud en la amplia acepción que hoy tiene, refiriéndose a que no sólo es la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar bio-sico-social del individuo, sólo pueden cumplirla Instituciones de Seguridad Social con un marco profundamente humanístico que considere la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

El ejercicio de la medicina, con el apoyo de los recursos que estas leyes ponen a su disposición, permite aspirar y de hecho ejercer, una medicina integral en beneficio de la población amparada, atenta no sólo a reparar el daño ocasionado por la enfermedad, sino a brindarle una existencia con menor número de angustias y mayores oportunidades para la plena integración, desarrollo y autorrealización del individuo.

- * Documento preparado por CPISS-CRAMS.
- ** Presidente del Consejo Superior y Director General del IPS del Paraguay.
- *** Coordinador General de la Subdirección General Médica, IMSS.
- **** Jefe de los Servicios Técnicos, IMSS.
- ***** Jefe del Departamento de Planeación y Dotación de Recursos Humanos, IMSS.
- ***** Titular de la Jefatura de Evaluación de Normas y Resultados de la Subdirección General de Control, IMSS.

En algunas instituciones se cuenta con unidades de servicio excelentemente equipadas; un sistema de atención médica que cubre todas las necesidades, aún las de mayor especialización, y prestaciones económicas y sociales que permiten mantener el equilibrio económico de los hogares en situaciones de incapacidad y utilizar convenientemente el tiempo libre para el desarrollo de vocaciones, sano esparcimiento y elevación cultural.

Los derechohabientes tienen acceso a todo ello y debemos inducirlos a hacer uso conveniente de cada una de tales prestaciones en beneficio personal, familiar y comunitario.

Las instituciones de Seguridad Social deben comprender claramente que para elevar el nivel de la atención médica a que tienen derecho sus asegurados y beneficiarios, no basta que una ley avanzada lo considere en sus postulados, sino que el servidor de la salud, cualquiera que sea, entienda que la preservación de la salud, restauración del daño por enfermedad y reintegración social en condiciones óptimas, representan un amplio complejo de acciones preventivas, asistenciales, rehabilitatorias, de prestaciones económicas, educacionales, de elevación cultural, utilización del tiempo libre, instrucción sobre manejo del presupuesto, etc., y que la aplicación fraccionada de estos conceptos produce beneficios restringidos, encarece los servicios e impide encauzar a una organización con identificación de objetivos y conciencia de grupo.

Lograr esta conciencia de que es necesario ejercer una Medicina Integral, es decir, aprovechar conscientemente, en forma permanente, todos los recursos institucionales en cada contacto del personal con sus derechohabientes, ha sido motivo de acciones continuadas en todos los campos de la atención médica.

Los profesionales de la medicina, las enfermeras, trabajadores y asistentes sociales, los técnicos de laboratorio y gabinete y el personal administrativo, deben ser inducidos constantemente, al través de sus programas de adiestramiento, en que sean aprovechados todos y cada uno de los amplios recursos que las leyes contienen.

El médico no debe actuar como consultante aislado, ni debe pensar que una entrevista que finaliza con la expedición de una prescripción médica es la terminación de su función. En tanto no aproveche esta ocasión para adentrarse en la variada problemática del consultante; en su estructura familiar y comunitaria; en hacerle aceptar los beneficios de la Medicina Preventiva para él y sus convivientes; en aprovechar las amplias instalaciones de recreación y aprendizaje como medio de mejorar la salud mental familiar, alejándola de los peligros reales del medio ambiente; de cuidar el equilibrio emocional y financiero de su hogar, no estará ejerciendo una medicina integral, sino cumpliendo algunas obligaciones propias del caso, a menudo intrascendentes.

Pero el médico, aún con determinación para actuar de esta forma, requiere de un trabajo en equipo y por lo tanto, de que el concepto de Medicina Integral sea compartido por la estructura misma en todos sus elementos.

El Trabajador Social y la Enfermera deberán actuar de manera similar y tendrán en una acción uniforme el apoyo del médico y éste a su vez, de estos elementos que están en constante relación con los derechohabientes.

Si cada trabajador del equipo de salud, en cada acción propia de su campo, aprovechara la ocasión para educar a sus derechohabientes para que acepten o soliciten los beneficios directos e indirectos que la organización pone a su disposición al través de la atención médica integral, el nivel de ella se superaría como lo está haciendo, mediante este infatigable afán.

En los cursos para médicos, en los de Trabajadores y Asistentes Sociales, Enfermeras, Personal Técnico de Laboratorio y Gabinete, Directivos y Administradores de Unidades Médicas y en los grandes volúmenes de médicos en formación y becarios de especialidades, el concepto moderno que la institución debe manejar, se debe introducir y analizar para hacer congruente el amplio contenido social de la Ley, con una acción médica que cubra coordinadamente la prevención, asistencia y rehabilitación. Lo anterior se apoya en el uso adecuado de las prestaciones sociales y económicas que reparan el daño económico y permiten superar las necesidades espirituales y autorrealizaciones de los asegurados y familiares, mejorando su formación humana, como integrantes del conglomerado social. De esta forma, el individuo sigue siendo el sujeto de la prestación médica y de todas las aportaciones de diversa índole, para perfeccionar los procedimientos de fomento y protección a la salud.

La trascendencia de mejorar la atención en su concepto integral, lleva a evidenciar la influencia de los servicios médicos de la Seguridad Social en la superación de los niveles de salud colectiva, no sólo de asegurados y beneficiarios sino de la población en general, en virtud de que con amplio sentido de solidaridad social deben abrir sus puertas a poblaciones no amparadas, de precarias condiciones sociales y económicas.

En resumen, los conceptos básicos sobre seguridad social han sufrido modificaciones substanciales en los últimos lustros e incluyen dentro de su contexto la garantía de asistencia médica integral para la población amparada. Las estadísticas reflejan claramente el crecimiento progresivo de la población a servir y de ellas pueden desprenderse hechos fundamentales: que el ritmo de crecimiento ha sido variable, lo mismo que su campo de aplicación, existiendo, sin embargo, una tendencia muy marcada a la cobertura de todo núcleo familiar y a la extensión de la seguridad social a categorías de trabajadores no asalariados cuando el estado financiero lo permita. Desde el punto

de vista médico, la tendencia es hacia la atención integral, incluyendo los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

Consideraciones sobre el Enfoque Social.

Para garantizar que las aspiraciones de la Seguridad Social se cumplan en un nivel de eficiencia que permita la reducción de algunos problemas de salud y el control adecuado de otros, así como contemplar vigilantes la aparición de los que por condiciones naturales vayan surgiendo, es necesario, aplicar recursos y técnicas sobre: las propias unidades de servicio, la población que tiene a su cuidado y el personal encargado de prestar los servicios.

En relación a las Unidades, no basta el contexto físico, que de por sí tiene importancia, es necesario asegurarse de que el personal, a menudo asimilado a un proceso de cambio rápido substancial, y por lo tanto impreparado en conceptos y técnicas de atención masiva, vaya adquiriendo esta perspectiva de salud comunitaria.

En algunos casos, el personal de transición que se incorpora a la Seguridad Social, dura décadas para dejar paso a nuevas generaciones modeladas de forma diferente. Esta sustitución debe ser planificada desde los altos niveles hasta los operativos, en virtud de sus diferentes funciones y con objeto de hacer posible la coordinación indispensable, ya que la planificación integral del SECTOR SALUD, a pesar de ser deseable no es una meta que pueda concebirse a corto plazo, por lo que la coordinación intra y extra institucional, ocupan el objetivo inmediato a lograr.

La planificación de la capacitación del personal de las Unidades, debe incluir lo siguiente:

- de dirección.
- de administración.
- de atención médica general familiar.
- de atención médica especializada.
- de servicios paramédicos (Enfermería, Trabajo Social).
- de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Además, es conveniente que el cuerpo normativo, asesor y evaluador sea orientado específicamente en el campo de la planificación de la salud.

Las unidades de atención médica mayores, deberán ser dirigidas por médicos de formación profesional, de tal forma que se vaya saliendo del tradicional concepto de que sea un prestigiado clínico, o cirujano, la mayoría

de las veces sin ninguna preparación en el campo direccional, y cuyas decisiones de carácter intuitivo con base en experiencias en la atención individual, conducen a un manejo fuera de la técnica moderna que exige el conocimiento de factores antropológicos, sociológicos, económicos, de programación de la atención médica y de interpretación de factores del personal.

El campo de la administración de los servicios de salud, exige de conocimientos específicos que complementan al aspecto técnico directivo. Las unidades mayores requieren del binomio director-administrador, y a niveles menores el director debe conocer los fundamentos de administración que le permitan vigilar acertadamente el uso racional de los recursos y tener el concepto costo-beneficio. Las técnicas administrativas, como en el caso de las directivas, no pueden ser relegadas; aplicarlas adecuadamente es la única forma de que los limitados recursos sean mejor aprovechados, dándoles flexibilidad y convertibilidad.

A medida que los servicios médicos amplían su capacidad de atención a derechohabientes y los recursos tienden a la alta especialización, el costo de la atención se eleva y más aún si el sistema, como es de desearse, permite que cualquier paciente tenga acceso a los diferentes niveles, desde el primario hasta la alta cirugía con las pruebas de gabinete y laboratorio que en la actualidad se usan. No parece razonable que unidades cuyo costo directo de atención médica llega a millones de dólares por año, sean dirigidas sin preparación y formación adecuada.

Al descender del nivel directivo encontramos la planta de médicos que, responsables de la unidad familiar, considerada como núcleo epidemiológico, se encuentra ante la necesidad de dirigir las acciones médicas individuales, relacionarlas con el medio biofísico y proyectarlas en función de la comunidad. Semejante tarea lo eleva a la calidad de médico familiar especialista y como tal, si bien las universidades desean darle tal conformación, por el momento es indispensable dotarles de un programa de postgrado que con materias integradas como las de la ciencia de la conducta, salud pública, epidemiología, planificación de la salud, administración sanitaria, análisis de sistemas, investigación operacional, desarrollo organizacional y la práctica de campo en seguimiento longitud de la dinámica de las enfermedades, prevención y promoción de la salud, se incorporen a los propósitos de la Seguridad Social de dar salud, compensar el daño económico y ofrecer prestaciones sociales que coadyuven, mediante la utilización del tiempo libre, a la mejor capacitación y elevación cultural; a preservarse no sólo de las alteraciones física, sino de los graves problemas de las "ciudades sofisticadas" del presente, con los reales riesgos de la drogadicción, alcoholismo y otros desequilibrios que propician alteraciones en la salud mental individual y social.

Queremos mencionar que en tan amplia y significativa labor, el médico necesita también aprender a delegar tareas que tradicionalmente ha realizado, al personal auxiliar paramédico, con el fin de dedicar el mayor tiempo a las acciones selectivas y trascendentes. Esto a su vez nos hace voltear hacia el inmenso campo olvidado de preparación de auxiliares y técnicos que está demostrado, son capaces de realizar en equipo, trascendentes labores con alto tecnicismo y eficacia.

Con solo recordar a técnicos de laboratorio, de radiología, citotecnólogos, microscopía, enfermería preventiva, clínica y de campo, codificadores, etc., encontramos una gama inmensa de elementos que, preparados de acuerdo a sus actividades específicas, resultan indispensables por su eficiencia en una medicina que a menudo sofisticamos, encareciéndola al resistirnos a transferirles responsabilidades que serán mejor realizadas y a cuyos ejecutores debemos darles el crédito y reconocimiento que merecen, integrando de esta forma equipos de salud multidisciplinarios con objetivos institucionales.

Si todo lo anterior, en relación al personal idóneo, fuera factible deben establecerse procedimientos que normen las acciones de esos personajes, dotándoles de guías, manuales y procedimientos que afirmen el sistema elegido y conduzcan uniformemente la institución, con criterios generales, sin anular la inquietud y creatividad que puede ser canalizada por medio de la investigación, a su vez sustentada en una evaluación retroalimentadora. Algunos apoyos deben generarse invariablemente: cuadros básicos de medicamentos, material y equipo, procedimientos técnico-administrativos, instrucciones para la captación de datos en las unidades, para el uso del expediente clínico y para la evaluación individual y de unidades, guías diagnóstico terapéuticas, etc.

El personal de las unidades de servicio es un componente al que debemos poner atención especial dadas sus grandes complejidades en cuanto a extracción, capacitación, motivación, angustias y frustraciones causadas por el desarrollo social en que se vive. Hacer que individuos dedicados a tan variadas tareas con remuneraciones y aspiraciones individuales diferentes, converjan hacia objetivos institucionales de alto valor humano como lo es la salud, parece una labor imposible de llevar al cabo. Sin embargo, la medicina aún dentro del desarrollo moderno de aparente deshumanización, conserva, en los trabajadores (cuando menos en el núcleo central: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.); la identificación con el dolor y la satisfacción de ver la salud restaurada. Quizá deban seguir siendo ellos el eje para que fomentemos el respeto mutuo para nuestras actividades; el reconocimiento del valor de ellas cuando son bien desarrolladas y las costosas interferencias que causa la irresponsabilidad en un ciclo que puede romperse por actos que se juzgan intrascendentes. Estas fallas del personal son ostensibles, se perciben reiterativamente, casi nunca se han valorado, pero son capaces de anular grandes esfuerzos económicos en la instalación de unidades físicamente

adecuadas con equipo costoso y funcional, que nunca llegan a adquirir ni la eficiencia deseada ni el prestigio que motive a la población derechohabiente a aceptar y colaborar positivamente en los programas de salud que se pongan en práctica.

Con frecuencia las instituciones de seguridad social han nacido y crecido sujetas a una demanda de servicios exagerada, con una gran proporción de las llamadas "atenciones innecesarias", producto de una posibilidad abierta a las capas sociales que nunca tuvieron acceso a una atención médica continuada y que contemplada ésta, la interpretan como un caudal inagotable, sin pensar ni en el costo, ni en la posibilidad de bloquear verdaderas atenciones justificadas y prioritarias. Ante esta lucha extenuante, con un fondo de insatisfacción y revanchismo, poco o nada se hace por planificar la atención médica. Se adicionan algunas acciones preventivas, generalmente en el impresionante campo de las inmunizaciones y en el descubrimiento de algunos padecimientos en población aparentemente sana.

Hoy esta situación no debe aceptarse. Construir una unidad de servicios, darle el personal adecuado procurando una funcionalidad óptima y dejarlo laborar sin un programa técnicamente diseñado que permita valorar los logros en salud sobre su población a servir, es algo inadmisibile. Cada unidad de servicios, tiene la obligación de elaborar un programa básico de salud que tiene dos objetivos precisos:

- Planificar la atención médica en forma sencilla comprensible para la gran masa de médicos generales familiares, a fin de ubicar sus acciones en grandes rubros, y
- Ofrecer al personal una verdadera dimensión social, darle una perspectiva comunitaria de salud, señalarle la significación de sus acciones en los resultados de salud esperados y sacarlo de ese anonimato deteriorante de una actividad rutinaria, tabulada exclusivamente en forma numérica.

Si la conciencia del personal integrante del equipo de salud fuera sacudida de tal forma que ellos encontraran en los Programas Básicos de Salud una nueva y legítima aspiración de práctica superior de la atención médica y les incitara a considerar lo importante de su participación en la conservación de la salud comunitaria proyectando sus acciones al hogar, y participando como promotor en medidas de gobierno para la mejoría económica y social, se habrá logrado un cambio sustancial que mejorará en mayor grado las metas específicas de salud.

Finalmente, la tecnología a emplear debe ser acorde con los recursos, estructura, prioridades de atención y cobertura de servicios. No deben crearse

estructuras o servicios sofisticados para unos cuantos privilegiados, a costa de restricciones para las grandes masas, o bien que, justificadas algunas erogaciones en relación a procedimientos altamente tecnificados no exista la red de servicios y coordinación que los aproveche íntegramente. En ocasiones se importan procedimientos y se abandonan los existentes sin verificar que la sustitución sea operante y con verdadera sorpresa nos encontramos ante la destrucción de un sistema simplificado y útil y sin el recurso sustitutivo. Del mismo modo, persistimos en actividades tradicionales que son obsoletas al mínimo examen que se les someta.

Es común entusiasmarse con los adelantos de países altamente desarrollados, sin recapacitar que cada país requiere su propia tecnología, y que el ingenio y creatividad pueden sustituir en muchos casos algunas carencias de recursos.

Esta tecnología médica se aplica en los aspectos asistenciales, preventivos, rehabilitatorios, de construcciones de unidades, servicios complementarios, automatización de datos, etc.

Los directivos no pueden ni deben estar sometidos a la tecnología; ésta propone soluciones a los problemas, pero la elección de ellas queda para los primeros, quienes tienen el poder sin delegar las opciones decisivas. El equilibrio para tomar decisiones de menor riesgo en relación al uso de procedimientos altamente tecnificados, sólo puede lograrse al través de equipos de trabajo multidisciplinarios que contemplen desde diversos ángulos las implicaciones de factores controlables y no controlables que influirán inevitablemente.

Análisis de los costos.- Importancia de las Políticas Administrativas.

El enfoque integral de la medicina social, nos lleva necesariamente a una cuidadosa planeación de la relación que debe guardar el universo total a cubrir y los recursos disponibles para ello.

Las políticas administrativas que se apliquen, estarán invariablemente sustentadas por criterios de racionalización que aseguren el mejor aprovechamiento de los elementos disponibles.

La prestación médica tiende a encarecerse, tanto por los diversos factores que intervienen en la producción y distribución de la asistencia médica, como por la evolución de otros factores, cuya influencia en el costo de la prestación médica es ampliamente reconocida.

Los principales elementos del costo en la producción y distribución de

servicios de salud, son los generados por la inversión destinada a la edificación de instalaciones y a la adquisición de equipos; los pagos por los servicios del personal, los consumos de materiales, la tecnología médica usada, las técnicas operacionales, los factores psicosociales del personal y la atención médica planificada.

Instalaciones

Frecuentemente se observan unidades clínico-hospitalarias cuyas dimensiones serían suficientes para atender la demanda generada por dos y más veces la población que se encuentra bajo su zona de influencia, dando origen a excesivos costos de inversión más los generados posteriormente por la operación y mantenimiento durante toda la vida del inmueble.

Si bien la subutilización de instalaciones es causa de elevación en los costos de la atención médica, igualmente inciden las instalaciones insuficientes, que son generalmente sometidas a continuas adaptaciones, con los consiguientes problemas de funcionalidad que dificultan y encarecen su operación.

Cuando por una falta de planeación adecuada de las unidades de atención médica, resulta que sus distintos servicios se encuentran diseñados para capacidades no interrelacionadas entre sí, encontramos que los de capacidad excedida funcionan al grado que se los permiten las limitaciones de otros servicios. Este desbalance de recursos propicia el que, por ejemplo, se prolonguen los promedios de estancia de los pacientes por falta de capacidad del laboratorio de análisis clínicos o que instalaciones tan costosas como las de quirófanos se utilicen a una tercera parte de su capacidad, o bien que servicios de mayor demanda, como los de gineco-obstetricia vayan invadiendo las camas destinadas a otros servicios, amenazando con desplazarlos. etc.

Las políticas administrativas que se adopten en materia de planeación de instalaciones, deben estar basadas en la participación multidisciplinaria de las técnicas y experiencias de directores médicos; de unidades de planeación del sistema integral de atención médica, que contarán con la información histórica, la estadística necesaria y la retroalimentación que sustenta la actualización de sus normas; los puntos de vista de proyectistas, diseñadores, constructores y técnicos en la conservación de inmuebles.

La planeación de instalaciones es un trabajo de gran complejidad si se reconoce la cantidad de factores que deben tenerse en cuenta para la optimización de resultados; el aprovechamiento de la experiencia para la determinación de normas que deban ser observadas en la realización de proyectos y construcciones de nuevas unidades, deberá ir logrando el mejor aprovechamiento de estos recursos.

La importancia de la adecuada planeación de una unidad no está solamente en función al contenido de ella misma, sino a la parte que forma

dentro de la estructura de la red de instalaciones destinadas a la prestación médico social de un sistema. Ninguna institución de seguridad social puede pretender que en cualquier localidad existan todas las instalaciones que pueda requerir un derechohabiente en demanda de atención médica.

Esta situación establece la necesidad de estructurar un sistema regionalizado de atención médica en el que el tipo de unidad que se establezca en cada población deberá estar acorde con el volumen de población derechohabiente que se le adscriba directamente y la suma de la población de localidades cercanas que no cuenten con el nivel de atención que esta unidad ofrece y por lo mismo deriven a ella en demanda de servicios.

La determinación de la instalación requerida en cada caso se encontrará mediante el estudio de niveles de atención médica que deba darse en cada región en base a los programas básicos de salud previamente definidos; el análisis de su población derechohabiente, sus índices de incremento, sus índices de demanda, las vías de comunicación y los tiempos de traslado.

La regionalización de los servicios médicos formará un sistema que permita proporcionar la atención a que tiene derecho la población en la forma más rápida y eficiente, garantizando los niveles recomendables de utilización de las instalaciones. La mayor parte de las atenciones demandadas por la población, podrán ser recibidas en la misma localidad en que se encuentra, como es la atención médica general en consulta externa y la atención obstétrica en hospitalización.

Conforme va disminuyendo la frecuencia con que la población demanda otros servicios de mayor especialidad, la ubicación de las unidades se hará en poblaciones de mayor concentración y deberán proporcionar los servicios primarios a la población bajo su directa zona de influencia y los de mayor especialización, de niveles superiores de acuerdo con los recursos físicos y humanos con que se le haya dotado a esa misma población y a la de otras pequeñas, en donde sólo pudieron recibir el primer nivel de atención.

En esta forma se escalonarán los servicios hasta llegar a las unidades máximas de concentración en donde se localizarán centros médicos que atiendan los más altos niveles de especialidad.

Esto no es fácil de lograr. El crecimiento institucional no planificado, obedece a múltiples factores, desde los políticos, hasta las legítimas aspiraciones individuales que hacen crecer una unidad o un servicio en función de capacidades individuales y no a esquemas definidos de atención.

Así vemos servicios de alta especialidad creados por un médico de preparación superior, pero mal ubicado en cuanto al nivel encomendado a su unidad. Los niveles definidos tradicionalmente como: primario, intermedio y de especialización es un patrón genérico que puede tener variantes, pero que

es necesario para dar, mediante una eficiente coordinación, desahogo a la demanda sin provocar concentraciones innecesarias, a un costo razonable.

Personal

En Instituciones de Seguridad Social en donde se prestan servicios directos de atención médica, el gasto de personal ocupa indiscutiblemente el primer lugar dentro de los costos de operación.

Es normal observar que del costo total de la atención médica, más de un 60 % sea generado por servicios de personal. También resulta lógico suponer y es fácil constatar que en este renglón es en donde se encuentra la mayor presión, que tiende a elevar el costo de la atención médica, debido principalmente al proceso inflacionario mundial. Por otra parte, es también donde urgen más las políticas administrativas de racionalización y en donde se encuentran los mayores obstáculos para lograr su implementación.

En la mayoría de los países de América Latina, la cantidad, calidad y distribución de los recursos humanos de salud, guardan poca relación con las necesidades de salud de la población.

Los recursos humanos de salud de casi todos los países se caracterizan por la importancia que se concede al médico, al mismo tiempo que existe un desarrollo limitado de otras categorías de personal; una concentración del personal calificado en centros urbanos; una tendencia hacia la formación médica especializada y, con mucha frecuencia, un adiestramiento sofisticado y centrado en el hospital y desvinculado de la política global de salud.

En este capítulo se requieren políticas administrativas tendientes a formar los recursos humanos que los países necesiten, combatiendo para ello el divorcio que existe entre los programas de adiestramiento y la utilización de personal de salud, las limitaciones de los sistemas de información y el estado elemental de los métodos y de la investigación en lo que respecta a los recursos humanos.

Es necesario dedicarse a la tarea de adecuar los recursos humanos a los objetivos de salud y desarrollar las acciones de capacitación, motivación y enseñanza comentadas en la primera parte de este trabajo.

Diseñar los métodos para la determinación anticipada del número de personas necesarias de cada categoría para cada año, en base al desarrollo de sistemas simples de información que permitan conocer la clasificación por categorías del personal con que cuenta la Institución y la medida en que ha venido creciendo. La relación que guarda con respecto a la población derechohabiente y a los servicios prestados.

La predicción del crecimiento de población en base a las tendencias conocidas de crecimiento natural y a los programas de incorporación de nuevos núcleos de población al sistema de seguridad social, para en base a ello,

predeterminar el personal necesario de cada categoría y orientar los esfuerzos de enseñanza y capacitación precisamente hacia la satisfacción de las necesidades previstas.

La evaluación de los resultados obtenidos por la fuerza de trabajo, aunado al interés por lograr un mejor aprovechamiento del recurso más importante con que cuentan las Instituciones de seguridad social, marcarán las rutas de acción hacia procedimientos más tecnificados.

Se va haciendo indispensable la utilización de indicadores para la dotación de fuerza de trabajo a las unidades de atención médica. Indicadores surgidos del estudio científico de los tiempos que requiere el otorgamiento de un servicio de calidad y la medida en que dicho servicio es demandado por la población derechohabiente. Surgidos del estudio de la productividad del individuo y de su actitud hacia la labor que ha sido llamado a desempeñar.

El manejo de estas técnicas necesariamente propicia la uniformidad de criterios que debe esperarse en la dotación de personal al creciente número de unidades que forman parte del sistema; el equilibrio entre la fuerza de trabajo representada por el personal y la carga de trabajo compuesta por el volumen de servicios a otorgar o el número de derechohabiente a proteger.

Factores Psicosociales del Personal

Es un hecho cotidiano, observar que procedimientos bien diseñados carecen de la agilidad y eficacia necesarias para desarrollar las tareas previstas y que el estudio de pasos y movimientos señalan interferencias graves debidas al desprecio entre si, de las labores de los diferentes componentes del grupo de trabajo.

El poder señalar costo a estas graves irregularidades es difícil precisarlo, pero baste considerar las horas médico perdidas por no contar oportunamente con los expedientes; las citas no cumplidas por esta misma causa; la falta de acciones preventivas por no dar mensajes educativos oportunos; el diferimiento de altas por defecto de trámite administrativo; las consultas inútiles por no contar con los exámenes indicados; la indiferencia del médico suplente ante una responsabilidad transitoria; el diferimiento de citas sin una causa justificada, etc. Por ello, el proceso educativo planificado hacia el reconocimiento de las ventajas del trabajo en equipo y del respeto y valoración de las actividades de los otros componentes del grupo, debe ser considerado como una parte de extraordinario valor. Con la prudencia que estas mismas técnicas de integración y desarrollo organizacional aconsejan de deberá ir modelando al personal encargado de las acciones, concebidas como un ciclo y no como una actividad aislada. Excelentes instalaciones, procedimientos, normas y guías correctamente diseñadas; programas de salud congruentes con la realidad económica y social, no operarán adecuadamente si el personal no está involucrado en un cambio conceptual de integración y desarrollo.

Consumo de Materiales

El consumo de materiales, es otro de los elementos al que deben orientarse políticas administrativas, que garanticen su razonable utilización, partiendo de la acción primaria del conocimiento anticipado de los recursos monetarios que la institución pueda destinar a la adquisición de este tipo de bienes para definir posteriormente su racional distribución.

El procedimiento que se considera más adecuado para la distribución de recursos, consiste en concretar las acciones o programas de salud a desarrollar en un período determinado, asignando según su magnitud y su prioridad, los recursos de que deba disponer, sin soslayar los beneficios que se pretenden conseguir. A esta herramienta de la administración se le llama "presupuesto por programa".

Habiendo determinado una relación beneficio-costo, como meta e instalando el mecanismo necesario para la medición y evaluación durante el proceso de desarrollo del plan, se garantizará una acción coordinada y uniforme con el consumo de recursos que se justifiquen.

El desarrollo de los programas básicos de salud, debe contar con un panorama claro en cuanto a: la población que van a servir; las principales causas de enfermedad y mortalidad que van a atacar en función a su vulnerabilidad y a los recursos disponibles; los elementos físicos con que cuentan como es la estructura de unidades regionalizadas y los equipos para cada nivel de atención; la estructura administrativa del sistema que llena las funciones de planeación, dirección, coordinación y supervisión del programa y que va de las autoridades máximas institucionales a las autoridades de cada unidad de atención; la estructura técnica que la apoya representada por instructivos, manuales, procedimientos, guías diagnóstico terapéuticas, cuadros básicos que definan los medicamentos necesarios o el instrumental y materiales de curación; los recursos humanos y su capacidad de ser más productivos en la medida que las técnicas de desarrollo organizacional logren la autorrealización del individuo.

Composición de la Población

En estudios realizados, se ha podido comprobar que la demanda de servicios de salud, se eleva considerablemente en niños menores de 5 años y en adultos con más de 60. Entre los 25 y los 40 años, se localizan los índices más bajos de demanda de asistencia médica, así pues, en poblaciones muy jóvenes o en aquellas en las que se registra un notable envejecimiento de la población, se observa también una tendencia al aumento en los consumos médicos. Aquí no hay medidas administrativas que puedan tener alguna influencia, salvo las leyes de población que decreten los países.

Un elemento también digno de tomarse en consideración, es el constituido por el nivel socio-económico y cultural de la población. Este factor

tiene resultados un tanto contradictorios, dependiendo del sistema de seguridad social que opere en un país y el grado de desarrollo en que se encuentre.

Cuando el sistema de seguridad social se generaliza a la totalidad de la población, cosa que ocurre en países evolucionados con un elevado grado de cultura, los consumos en la asistencia médica se elevan considerablemente no importando el hecho de que el derechohabiente tenga o no que pagar una parte del costo de medicamentos.

En cambio en países en donde se inicia el proceso de incorporación al régimen de seguridad social, de población con un bajo nivel cultural y de estratos socio-económicos bajos, se observa una clara tendencia a generar una mayor demanda de servicios médico-asistenciales en comparación con aquellos núcleos de población que dentro del mismo sistema ocupan las capas económica y culturalmente más desarrolladas. En este caso la demanda de estos núcleos de población no es captada por la seguridad social, sino por la medicina privada.

Técnicas Operacionales

Los recursos humanos, físicos y de equipo, requieren de un sistema de trabajo que conjunte en forma adecuada las actividades con las que debe darse atención a los usuarios, desde el momento de su inscripción y durante el lapso de su atención médico social como un ciclo continuo, hasta en tanto por causas diversas no sea ya un sujeto de aseguramiento. Este sistema, que en varios países se maneja con el nombre de Sistema Médico Familiar, es producto de la evolución de diversos modelos que sufrieron cambios, para hacer operantes los derechos y obligaciones que la Ley marca. También fueron, tomadas en consideración tendencias de la medicina, de tal forma que se tuviera al núcleo familiar y no al individuo como eje de las acciones de salud.

La Seguridad Social para cumplir con su cometido requiere estructurar sistemas de trabajo que permita a cada trabajador de la salud hacer uso en beneficio de los derechohabientes, de todos y cada uno de sus recursos médicos, sociales y económicos, organizándolos adecuadamente para el mejor logro del bienestar social de los asegurados y beneficiarios.

La revisión constante de las técnicas operacionales en sectores clave de la atención médica, conducen al mejoramiento progresivo de la atención, y esto es un proceso de revisión permanente. Los procedimientos de afiliación; la centralización o descentralización de expedientes clínicos para la consulta externa; el envío de pacientes hacia unidades de concentración; las investigaciones masivas para el descubrimiento de nuevos casos en población aparentemente sana; la coordinación de servicios de consulta externa y hospitalización;

la utilización de personal subprofesional y técnicos en algunas fases de la atención médica; los modelos de atención a la población rural, son algunos de los puntos que deben ser motivo de estudio permanente. Señalaremos que para realizar esta importante fase, las instituciones deben preparar al personal especializado que pueda contribuir a estos estudios: analistas de sistema, antropólogos, sociólogos, matemáticos, expertos en modelos operacionales, epidemiométricos, etc.

Atención Médica Planificada

En párrafos anteriores se comentó la necesidad de romper la estática situación de estar sujeto a una demanda de servicios, por una atención médica planificada. Adaptar la funcionalidad de las unidades de servicio incluyendo su personal, a las características y necesidades de la población a servir es un imperativo.

El proceso de planificación requiere de una fase previa de investigación socio-médica, que identifique las condiciones de la población incluyendo los antecedentes, éxito y frustraciones de la atención médica con objeto de asegurar la aceptación de los programas, participación activa y continuidad hasta lograr resultados positivos que hagan declinar la problemática médico social. Estos estudios constituyen sin duda, el primer paso para el establecimiento de los Programas Básicos de Salud.

El inducir a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio y gabinete y demás personal a participar en la elaboración del Programa Básico de Salud de la unidad, es un proceso que requiere simplicidad y objetividad. La alta tecnificación con la que a menudo se estructuran programas de esta naturaleza, los hacen inaccesibles al médico general, quien pierde interés en verse involucrado en este proceso y lo rechaza sin comprender sus ventajas. Si bien ningún régimen de Seguridad Social Latinoamericano tiene planificada su atención médica, ya se han realizado intentos importantes al respecto, al considerarse que constituye el único procedimiento de vigilar el logro de objetivos de salud y de medir el costo-beneficio de las acciones.

Estos programas en términos concretos señalan acciones específicas en el campo de la prevención de enfermedades transmisibles; el control de las enfermedades crónicas; el descubrimiento oportuno de las enfermedades en población aparentemente sana y promoción de la salud al través de un proceso educativo que cubre las principales prioridades encontradas.

Docencia e Investigación

Todos concedemos gran importancia a la docencia y a la investigación y en

mayor o menor escala, se realizan estas actividades.

Hasta la fecha, han tenido una estructura tradicional clínica, a veces exótica, ofrecida por médicos de hospitales con facilidad para el lucimiento personal pero poco congruente con las necesidades de atenciones repetitivas y prioritarias. Los Programas Básicos de Salud permitirán identificar los puntos hacia donde cada unidad bajo normas generales, dirija sus programas docentes y de actividades académicas, que satisfarán necesidades reales.

La investigación se orienta en la mayoría de los países hacia el campo clínico como apoyo a la resolución de problemas cotidianos. Muy pocos tienen Investigación Básica y de Salud Pública, que requiere integrar grupos de alto nivel técnico con instalaciones costosas. El desarrollo de la investigación básica debe estar en íntima relación con las unidades de servicio, vinculada a la problemática de salud relevante y lo mismo deberá suceder con cualesquiera otro tipo que se desarrolle.

Un último factor que indudablemente genera una tendencia alcista en el costo de la prestación médica, es el progreso que cada día registra la medicina en todos aspectos.

De la misma manera que logra el abatimiento de los índices de mortalidad en la población infantil y aumenta la esperanza de vida en el adulto, también desarrolla técnicas más sofisticadas para el tratamiento de algunos padecimientos, aparecen en el mercado medicamentos más efectivos y materiales de curación más avanzados con la consiguiente elevación en los precios de adquisición, por lo tanto, en los costos del tratamiento.

La elevación general en los costos de la atención médica no solamente es imputable a la baja de valor adquisitivo de las monedas de los países, lo que se demuestra por los crecimientos observados en los costos calculados a precios constantes. En el Seguro Social Mexicano, por ejemplo, a un crecimiento anual de 10% en la población derechohabiente, corresponde un crecimiento del 13% en el consumo de unidades de medicamentos observándose fenómenos semejantes en la adquisición de materiales de curación, materiales de laboratorio, y materiales de radiodiagnóstico.

Desde el punto de vista administrativo, pensamos que una causa importante que impide la adecuada utilización de los recursos de que se dispone, con efectos directos en el costo de los servicios que se imparten, es la falta de un enfoque único en los programas de la seguridad social hacia el logro de las condiciones básicas de salud de la población que sirve.

La existencia de un programa maestro al que converjan las acciones médico preventivas, las de restauración de la salud, y las rehabilitatorias,

así como las prestaciones económicas y sociales harán factible que la capacidad financiera de las instituciones no requiera ser incrementada con cargo a la población económicamente activa o al erario federal, sino que propicie su aprovechamiento racionalizado, elimine esfuerzos inútiles, acciones duplicadas, o posturas demagógicas, para el mejor cumplimiento de los fines que la seguridad social persigue.