

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIV

EPOCA IV

Num. 92

X ASAMBLEA GENERAL
DE LA CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE
SEGURIDAD SOCIAL
XX REUNION DEL COMITE
PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

TOMO II

MARZO-ABRIL

1975

MEXICO, D.F.

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.

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIV

EPOCA IV

Num. 92

X ASAMBLEA GENERAL
DE LA CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE
SEGURIDAD SOCIAL
XX REUNION DEL COMITE
PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

TOMO II

MARZO-ABRIL

1975

MEXICO, D.F.

INDICE

Reformas Legislativas, Evolución y Tendencias de la Seguridad Social en las Américas 1971-1974.	251
Nuevos Esquemas de Organización para extender la Seguridad Social a otros sectores de la Población, principalmente en el medio rural.	299
Aspectos jurídicos y administrativos de los procedimientos de Recaudación en la Seguridad Social.	373
Procedimiento para mejorar la productividad de los servicios médicos en las Instituciones de Seguridad Social.	397

PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA PRO-
DUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN
LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL*

Doctor Luis Castelazo Ayala.
Licenciado Agustín Barbabosa Kubli.
Doctor Horacio Díaz Cházaro.
Contador Público Eduardo González.
Doctor Rafael Senties.

*PREPARADO POR LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO
SOCIAL

I.—INTRODUCCION

En la problemática que confrontan las instituciones americanas de seguridad social, destaca el siempre creciente volumen y costo de las prestaciones de salud, en especie y en dinero, para cumplir con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo. Por esta razón han sido múltiples las investigaciones emprendidas, tanto con perspectivas nacionales como internacionales, y en varias ocasiones se ha considerado conveniente incluir estudios en relación con ese tema en las agendas de las Reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

En efecto, desde su creación en Santiago de Chile en 1942, la CISS en las nueve ocasiones que se ha reunido en distintos países de América, siempre ha tenido gran preocupación por la racionalización de la administración de las instituciones de seguridad social, que tienen sistemas directos de organización, con la finalidad de encontrar la óptima utilización de los recursos disponibles para el cuidado y la promoción de la salud de la población asegurada. En la última de las reuniones, en la IX Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en la ciudad de Quito en agosto de 1971, la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social presentó un estudio que calificó de preliminar sobre “Sistemas de Información y Evaluación de la Productividad en el Cuidado y Promoción de la Salud en el Ambito de la Seguridad Social” que dió motivo para adoptar la resolución CISS número 76 que entre sus considerandos destaca “que la conveniente organización técnico administrativa es de interés prioritario, teniendo en cuenta que es necesario propiciar la mayor productividad, sin menoscabo de la eficiencia y calidad, para el cuidado y promoción de la salud a través de una mejor utilización y racionalización de los servicios médicos en las Instituciones de Seguridad Social”.

“Que las instituciones para la mayor utilización de sus recursos deben adoptar normas técnicas y procedimientos adecuados de información para la planeación, operación y evaluación que conlleven a una administración eficiente para la prestación de servicios médicos de la más alta calidad a un costo razonable, ajustado a las posibilidades financieras y humanas de las

instituciones y propiciar así la promoción y protección de la salud”

“Y que es necesaria la exigencia administrativa de un control organizado y permanente de la eficiencia y rentabilidad médico-social de los recursos disponibles”.

“Acordo”:

- 1) Aplicar políticas institucionales de racionalización en el aprovechamiento de recursos, que deben ser el medio para ampliar los beneficios de la seguridad social a sectores de la población que generalmente se han visto marginados en el desarrollo económico y social de los países.
- 2) Instaurar políticas institucionales apropiadas para mejorar la productividad. . .
- 11) Proseguir en forma sistemática y permanente los estudios de evaluación de la productividad en el cuidado y promoción de salud, que contribuirá para que este servicio se proyecte a sectores más amplios de la población, lo que constituye una valiosa aportación al desarrollo económico y social .

Por otra parte, es preciso enfatizar que en la actualidad, en su concepto integral y moderno, la seguridad social “es la rama de la política socio-económica de un país, por la cual la comunidad protege a sus miembros asegurándoles condiciones de vida, salud y trabajo socialmente suficientes, a fin de lograr mejor productividad, más progreso y mayor bienestar comunes”.

De acuerdo con el concepto anterior la seguridad social en Latinoamérica ha desbordado, en esta etapa de su desarrollo en el campo doctrinario, su propósito esencial de una redistribución del ingreso nacional al reconocerse su participación, cada vez en forma más directa, en el proceso mismo de la producción de bienes y servicios, que está implícito en el desarrollo económico y social. Asimismo, los objetivos de la reforma administrativa en las instituciones han venido a impulsar eficazmente la tendencia que se ha venido significando en los últimos años, de aumentar la productividad de los servicios con un sentido social, ya que es en el campo de las prestaciones de salud donde se ha hecho más marcada la necesidad de este aumento de la productividad, por el volumen y costo creciente que al mismo tiempo que crea problemas de un sano financiamiento, obstaculiza los propósitos de ampliar las prestaciones a nuevos sectores de la población.

Lo que se pretende es que las instituciones mediante una adminis-

tración eficiente, formación y desarrollo de sus recursos humanos, conveniente utilización de los recursos materiales y fomento de la solidaridad consciente de los grupos asegurados puedan hacer realidad el postulado de la extensión de las prestaciones de salud a sectores cada vez más amplios de la población de un país.

Lo anterior permite que la seguridad social como política nacional pueda dar mayor solidez a las estructuras sociales establecidas, al ofrecer posibilidades mediante la solidaridad debidamente organizada, para que todos los miembros de la colectividad puedan participar de los resultados de un armónico desarrollo económico-social, para alcanzar el disfrute de niveles superiores de existencia, mediante la garantía de salud, educación, trabajo e ingreso suficiente para el bienestar del núcleo familiar.

- La Comisión Regional Americana Médico Social, órgano técnico de acción conjunta del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, encuentra sólido apoyo en las consideraciones enunciadas para proseguir el estudio de estos fundamentales aspectos en el presente documento intitulado "Procedimientos para Mejorar la Productividad de los Servicios Médicos en las Instituciones de Seguridad Social", que hace referencia a los factores principales que inciden en el costo de la atención médica, a la productividad de los recursos en la prestación de servicios médicos y a las medidas técnico administrativas para mejorarla, así como a recomendaciones alusivas que se someten a la consideración de la X Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que en esta ocasión tiene como sede la ciudad de San Salvador, para que adopte las resoluciones pertinentes.

II. – COMPOSICION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA

El lograr en la población un estado de salud, en toda la extensión que actualmente tiene este concepto, refiriéndose no sólo a la ausencia de enfermedad, sino al completo bienestar bio-sico-social del individuo, es meta a la que aspiran las instituciones de seguridad social. Para alcanzar esa meta, los administradores de la seguridad social han de conocer los factores que, de una manera o de otra, tienen algún efecto en el rendimiento de los recursos.

El análisis de la relación que guardan los recursos de una institución de seguridad social con el universo de población a proteger, permite establecer la probabilidad de alcanzar las metas que se ha propuesto; de ese análisis se desprende que en algunas instituciones las metas fijadas sobrepasan su disponibilidad de recursos. Surge entonces la necesidad de buscar los medios que permitan que los recursos disponibles sean aprovechados cada vez en beneficio de un número mayor de individuos.

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

Criterios y elementos propios de la ciencia administrativa serán necesarios, de manera creciente, tanto para analizar las tendencias en los costos que implica el otorgamiento de las prestaciones médicas, como en la búsqueda e implementación de soluciones para asegurar un equilibrio financiero que permita superar el funcionamiento actual de la seguridad social, así como el extender sus beneficios.

Los elementos que configuran los costos de producción y distribución de los servicios de salud son múltiples y de variado origen. Su correcta apreciación y tratamiento requiere de un enfoque versátil, del concurso de varias disciplinas y un rico acervo de instrumentos técnicos.

La correcta aprehensión de los factores del costo requiere, por el carácter público del servicio y orientación social de su quehacer, tomar en cuenta las variables propias del país y, con propiedad, ajenas a la administración de los organismos encomendados. Es necesario considerar no sólo los tradicionales renglones de orden contable, sino también los elementos condicionantes de la operación. Por ello, a manera de ilustración, podrían clasificarse los costos en derivados de factores externos e internos de la institución.

1. Externos a la Institución.

El costo y productividad de los recursos invertidos no son categorías independientes del ambiente en que se generan. Por el contrario, son su expresión directa.

Las características sociales del medio en que se desempeña el servicio incide en la dinámica del organismo otorgante, condicionando las peculiaridades de las prestaciones, aprovechamiento de los insumos y nivel de productividad.

La racionalización en el uso de los recursos está condicionada por el exterior. Entre los condicionantes de mayor relevancia se encuentran los siguientes: demanda de servicios, epidemiología regional, nivel cultural de la población y otras características demográficas y sociales.

a Demanda de servicios.

La carencia de una justa interrelación entre las dimensiones de las unidades clínico hospitalarias y la demanda de servicios médicos que genera la población que se encuentra bajo su zona de

influencia, propicia la elevación de los costos de la atención médica. Frecuentemente se observan unidades de la atención médica, cuyas dimensiones serían suficientes para atender la demanda generada por el doble o triple de la población que realmente está adscrita a 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, cuyo resultado será la elevación de los costos unitarios de los servicios de salud

Si bien el bajo nivel de utilización de las instalaciones provoca la elevación en los costos de la atención médica, de igual manera las instalaciones insuficientes son causa de costos elevados, debido a que son generalmente sometidas a continuas adaptaciones y ampliaciones, 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 lo 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, por no guardar una adecuada relación con el número de camas o bien, que servicios de mayor demanda, como los de gineco-obstetricia, vayan invadiendo las camas destinadas a otros servicios, amenazando con desplazarlos, etc.

La anarquía en la dotación de equipo a las unidades de atención médica también eleva los costos de la atención, cuando no se logra la optimización en la utilización de equipos, por falta de una adecuada relación entre la capacidad de los equipos y la demanda que debe ser cubierta con su manejo. Se puede presentar el caso de unidades de atención médica que disponen de un equipo muy avanzado, por ejemplo; bombas de circulación, extra-corpórea, aparatos para microcirugía, etc., pero que debido a la baja frecuencia de aparición de padecimientos en los que pueda emplearse, lo utilizan a una mínima parte de su capacidad, dando lugar a una excesiva inversión que permanece prácticamente ociosa.

Análogamente, cuando no existe una planeación de los equipos

con que deberá contar una unidad de atención médica, puede presentarse la necesidad de adquirir apresuradamente equipo que es indispensable para el buen funcionamiento de la unidad, mismo que al comprarse en forma individual, no permite la obtención de los descuentos que se lograrían en la compra de mayores volúmenes.

El costo de equipamiento de las unidades, representa de un 25 a un 30% del valor total del inmueble, lo que es suficientemente representativo para dar especial atención a las normas de equipamiento y a la revisión periódica de dichos criterios, retroalimentados del análisis que se haga del rendimiento actual de cada uno de los equipos en funcionamiento.

Una instalación inadecuada es causa, también, de un mayor requerimiento de personal, provocado por la necesidad de dotar de fuerza de trabajo a servicios seccionados en diferentes áreas físicas de la unidad, en ocasiones, muy distantes una de otra; propiciando esto, una multiplicación del personal necesario.

b. Información epidemiológica.

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.

También se ha podido comprobar, por medio de la realización de muestreos, que los estratos de población que corresponden a los niveles inferiores de ingresos, generan una mayor demanda de la prestación médica; de tal manera que una unidad que tenga bajo su zona de influencia a una población económicamente débil registrará unos costos comparativamente mayores con otra unidad de las mismas características, pero con una población usuaria de un nivel económicamente superior.

La ubicación física de la unidad clínico hospitalaria es un factor que influye en las facilidades de acceso a ella por parte de la población que deba hacer uso de servicios. En algunos casos se puede presentar el hecho de una unidad con baja demanda de servicios, originada en primer término, por la dificultad que

tienen los derechohabientes de trasladarse a ella, lo cual provoca, en consecuencia, costos diferentes a los que se supone debería tener en condiciones normales. Esto es decir que un factor importante de la demanda de servicios se encuentra dado por el grado de concentración o dispersión de la población derechohabiente.

A fin de aprovechar exhaustivamente los recursos, escasos normalmente, destinados a la preservación de la salud, es conveniente contar entre los elementos de planeación de las unidades médicas, servicios clínicos e instalaciones, toda clase de estadísticas de morbilidad regional para conformar un mapa epidemiológico coherente con los recursos destinados, con el objeto de evitar dispendios o subaprovechamiento de los mismos.

2. Internos de la Institución.

a. Clasificación.

Las erogaciones derivadas de factores internos constituyen, en rigor, los costos propiamente dichos. Son motivados por la iniciación y marcha de los servicios. Imputables estrictamente a la operación.

La variedad de conceptos del gasto obliga a una agrupación de los mismos. Tentativamente, éstos pueden clasificarse en aquellos necesarios para la inauguración del servicio esto, es, costos iniciales o de inversión; y los atribuibles al funcionamiento cotidiano, o costo de operación.

Desde otra perspectiva, contablemente, los costos de la prestación médica pueden manejarse en dos grandes apartados: controlables y no controlables. Sus características serían las siguientes:

Costos controlables.

Están constituídos por partidas tales como nómina, medicamentos, materiales de curación, víveres, energía eléctrica, etc.; que dependen en su importe de la eficiencia con que las manejan los funcionarios de las distintas unidades médicas de la institución.

Este grupo se presenta en los estados financieros como "Costo de Servicios Médicos".

Costos no controlables.

Los costos no controlables son aquellos que son generados por las unidades o departamentos médicos, pero que los funcionarios no pueden hacer nada para controlar su importe, como es el caso de la depreciación de construcciones y equipo y los intereses actuariales.

b. Costo inicial.

Está integrado por todas aquellas partidas del gasto necesario para iniciar los servicios. Los renglones más relevantes son: inversiones en construcción, equipamiento y asignación de personal.

El integral aprovechamiento de las instalaciones requiere considerar dos factores básicos:

La demanda de servicios que generará la población que debe atenderse en la unidad; y,

La capacidad de volumen de servicios que puede absorber cada instalación de una unidad médica (consultorios, laboratorios, camas de hospitalización, quirófanos, etc).

La definición de estas variables está fundamentada en el previo análisis de los índices de aprovechamiento de las unidades en operación. Esto es, del conjunto de indicadores que expresen fielmente el uso de las unidades en operación.

Diferenciando las áreas de inversión de una unidad médica puede apreciarse que, en la esfera de la consulta externa, laboratorio, radiodiagnóstico y urgencias por su significación en el número de metros construídos, constituyen lo fundamental.

Aproximadamente las dos terceras partes de la inversión.

Los procedimientos para determinar la capacidad de servicio en los factores principales del costo de inversión requieren de un detallado estudio. Para cada factor es menester encontrar los indicadores adecuados. Así para el caso de los consultorios, por ejemplo, la capacidad a instalar se expresa en población derechohabiente a atender, según la especialidad de que se trate. Para ello, la determinación se basa en la utilización del consultorio por un tiempo definido (12 horas) que el número de

consultas por hora a otorgar por el médico, en forma adecuada sería, tentativamente, 4 consultas por hora en médicos generales (*) y urgencias y 3.5 en especialidades.

Los indicadores a considerar varían según el área en cuestión. Para el caso de laboratorios de análisis clínicos, dado que su estructura física consta de mesas de trabajo, dispuestas arquitectónicamente en forma de dientes de peine para utilizar mejor el espacio.

De acuerdo con la magnitud del laboratorio, un "peine" puede servir para realizar un grupo de pruebas similares a la generalidad de las pruebas, con algunas excepciones como bacteriología; el indicador de la demanda a satisfacer puede traducirse en una racionalización de la disposición arquitectónica de las instalaciones. Criterios semejantes pueden aplicarse a radiodiagnóstico y hospitalización, personal, etc.

La experiencia de algunas instituciones (*) evidencia que la inversión en unidades médicas absorbe del 60 al 63% de las aportaciones que en el primer año generan los nuevos asegurados. Lo cuantioso de estas erogaciones obliga a una cuidadosa planeación de las instalaciones.

Entre los elementos de juicio a considerar en primera instancia, además de los señalados, está la dispersión o concentración geográfica de la población amparada. Ello implica el considerar los niveles de apoyo en los servicios a impartir localmente y a derivar a otras unidades. De igual manera, en el proceso de optimización de los recursos, se debe tener presente la obtención de módulos que tipifiquen el dimensionamiento, la disposición, los acabados y dotación de equipo en los locales y áreas cuyo uso y funcionamiento sea el mismo en todos los tipos de clínicas y clínicas hospital; de módulos que uniformen las características básicas de los locales y áreas en unidades del mismo nivel de atención médica y, finalmente, criterios, de estandarización cuando se trate de unidades "cerradas", es decir, cuando deban ser construidas para una población predeterminada y que no serán sujetas a ampliaciones posteriores. En concordancia con lo anterior, otra de las fases del proceso de optimización, debe ser la adecuada proporción del personal que labore en cada unidad a los nuevos módulos obtenidos, mismos que habrán sido pla-

(*) Algunas instituciones les dan el nombre de médicos familiares

(*) Por ejemplo el Instituto Mexicano del Seguro Social.

neados dentro de la tendencia a incrementar la productividad de los recursos humanos y materiales.

Generalmente, los planes de producción de servicios se desarrollan teniendo en mente la planeación de las instalaciones, esto es, se consideran como valores conocidos, las instalaciones y la estructura de los costos, así como las restricciones de la capacidad resultantes. Esta secuencia representa el procedimiento normal, puesto que en muchos de los casos las instalaciones ya existen cuando se hacen los planes de producción de servicios; sin embargo, se debe considerar como una variable, al total de las instalaciones y analizar la evaluación de diferentes unidades, para lograr la estructura más favorable y mejor utilización de recursos para los futuros planes de producción de servicios.

Por otra parte, las decisiones sobre la dotación de equipos deben colocarse dentro de un marco de planeación médico-administrativa general y sólo por justificada excepción deben particularizar sobre proyectos de unidades especiales o sobre proyectos de modernización.

Finalmente, los planes de construcción y dotación de unidades médicas, deben basarse en alternativas, seleccionando aquellas, compatibles con los recursos disponibles, que ofrezcan la mayor productividad.

La planeación adecuada de las unidades médicas debe partir de políticas muy definidas que precisen los niveles de atención médica que deben prestarse en cada una de las unidades de acuerdo con esquemas de regionalización de servicios, basados en la dispersidad de las poblaciones, en las distancias existentes entre ellas y en el volumen de la población derechohabiente.

En cuanto a la capacidad de recursos instalada o por instalarse para dar servicios, existen ya indicadores confiables que se han derivado de la experiencia de muchos años; sin embargo, persiste la necesidad de seguir estudiando con mayor precisión indicadores específicos para las especialidades médico quirúrgicas, los servicios auxiliares de diagnóstico y para los servicios auxiliares de tratamiento, congruentes con la realidad de los esquemas de regionalización.

La determinación de estos indicadores conduce a una más racional distribución de este tipo de servicios y a un aprove-

chamamiento más eficaz de los recursos humanos, de las áreas construidas y, concretamente, de las horas/consultorio y de las horas/servicio.

La identificación de los niveles de atención médica regionalizada, junto con los indicadores relativos a la prestación de servicios, lógicamente llevan a una selección más correcta de equipos e instrumental, evitándose así dotaciones inadecuadas, bien sea por insuficiencia, por exceso o por errores en los cálculos de capacidades.

Cabe pues enfatizar que, el contar con indicadores de cada uno de los distintos elementos que componen una unidad médica, debidamente soportados en base a la experiencia y ponderados de acuerdo a las distancias existentes entre las unidades de un sistema regionalizado, resulta indispensable para la correcta elaboración de los programas.

3. *Costo de Operación.*

Si el costo de inversión para la construcción de unidades es significativo, los costos de operación de los servicios médicos son determinantes en el equilibrio financiero de cualquier institución.

Independientemente de las prestaciones que se otorguen, por el carácter de empresa de servicio social, los renglones de mayor cuantía de un organismo de esta naturaleza están constituidos, esencialmente, por los gastos de personal, consumos de materiales y tecnología médica.

a. Personal.

Es normal que en instituciones de seguridad social, en donde se prestan servicios directos de atención médica, proporcionados por personal capacitado para ello, el gasto de personal ocupe el primer lugar dentro de los costos de operación.

Frecuentemente se observa que del costo total de la atención médica, más de un 60% es generado por servicios de personal. También resulta lógico suponer y es fácil constatar que en este renglón es donde se encuentra la mayor presión que tiende a elevar el costo de atención médica, debido principalmente al proceso inflacionario mundial.

En la mayor parte de las instituciones de seguridad social que imparten atención médica en forma directa, adicionalmente a

las percepciones ordinarias que perciben sus trabajadores, tales como los sueldos tabulares o nominales, existen las llamadas percepciones extraordinarias o complementarias, que incluyen conceptos como tiempo extraordinario, guardias, dobles turnos, compensaciones, etc., que elevan el impacto económico de este gasto cuando no existen normas y criterios que puntualicen su racional autorización.

En este capítulo, la etapa más importante consiste en definir los criterios mediante los cuales se realice la dotación de fuerza de trabajo para la prestación de los servicios médicos. Criterios que deben asegurar el equilibrio de los siguientes elementos: carga de trabajo, fuerza de trabajo y calidad deseada en la prestación del servicio.

Pueden elevar injustificadamente el costo de los servicios, problemas en la selección y adiestramiento del personal, problemas en la actitud del individuo hacia su trabajo generador por una falta de desarrollo adecuado en busca de su realización.

b. Consumo de materiales.

Aproximadamente el 20% del costo de operación de una unidad clínico hospitalaria corresponde al consumo de materiales, entre los que se cuentan, muy principalmente, los medicamentos y los materiales de curación que juntos representan normalmente el 88% del costo total de los consumos en que incurre una unidad de atención médica.

Es también en esos dos renglones, en donde a menudo se encuentran importantes deficiencias en los procedimientos que norman su utilización, y en donde la problemática de su control es dada por la pulverización del consumo distribuido en miles de atenciones.

Se pueden mencionar, a manera de ejemplo, varios factores de tipo administrativo que provocan un incremento no justificado en el consumo de medicamentos y materiales de curación: proliferación de sub-almacenes en cada uno de los pisos o servicios de unidad de atención médica, dando lugar a una sobreinversión en materiales; procedimientos ineficientes en el surtido de medicamentos y materiales de curación a las áreas hospitalarias que propician inestabilidad en las existencias y por ende en los consumos; el diseño inadecuado de los recipientes que contienen a los medicamentos o materiales de curación, propicia que desper-

dicien al utilizar sólo una mínima parte del contenido original de un paquete, frasco o caja, en una atención concreta; la carencia de información que impide relacionar los consumos con el volumen de servicios prestados y poder juzgar su razonabilidad.

c. La tecnología médica.

Un factor que genera una tendencia al aumento en el costo de la atención médica, es el progreso que se registra continuamente en todos los campos de la medicina.

Se desarrollan técnicas más complejas para el tratamiento de algunos padecimientos, aparecen en el mercado medicamentos más efectivos, nuevos materiales de curación con la consiguiente elevación que los precios de adquisición y por lo tanto, en el costo de los tratamientos.

También es considerable el costo de los equipos para grupos que se dedican a labores de investigación que incluye tanto las remuneraciones al personal, como la adquisición o arrendamiento de los costosos equipos y materiales requeridos para la realización de sus actividades.

Este factor adquirirá, con toda seguridad, una importancia aún mayor en los años venideros, originada por la tendencia actual de los países subdesarrollados de ser cada día más independientes en lo que respecta a la creación de tecnología avanzada.

III.—PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO MEDICO

1. *Concepto de Productividad.*

Para poder hablar de la productividad de los servicios médicos en las instituciones de seguridad social, es indispensable definir el significado del término “Productividad”, que puede interpretarse de diversas formas. En este trabajo se entiende por productividad la relación simple que existe entre el volumen de producción de bienes o servicios y los recursos utilizados para la producción de los mismos. Para representar esa relación se usa la fórmula:

$$p = \frac{\text{Volumen de producción}}{\text{Recursos utilizados}}$$

Evidentemente, esta definición proviene de un medio industrial, para poder aplicarla al contexto de servicios médicos e instituciones de seguridad social se debe aplicar con más detalle los factores que intervienen en ella.

En primer lugar, el volumen de producción a que se refiere la fórmula es la cantidad de servicios médicos impartidos a la población (consultas, recetas, análisis clínicos, etc).

Los recursos utilizados corresponden al costo de los materiales utilizados: los sueldos o salarios pagados al personal que participa en el otorgamiento de los servicios, la inversión en las instalaciones a través de las cuales se prestan dichos servicios; o bien, muy relacionado a lo anterior, el número de horas hombre invertidas para la prestación del servicio, el volumen de recursos físicos utilizados (camas, consultorios, etc.).

Obviamente, el período para el cual se relacionan servicios prestados con recursos utilizados, debe ser el mismo.

Es fácil advertir que otro factor que interviene en el cálculo de la productividad, es el nivel de calidad de la producción, es decir, es posible que se registre un aumento en producción para un nivel dado de recursos, pero motivando a su vez un descenso en la calidad de la misma. De esa forma, la fórmula que expresa el concepto de productividad para una calidad fija, es la siguiente:

$$P/C = \frac{\text{(Producción, calidad)}}{\text{(Recursos aplicados)}}$$

Que representa la relación del volumen de producción de calidad C, con los recursos aplicados para obtenerla.

Se puede suponer que interesa, por alguna razón, aumentar el índice de productividad, conservando o aumentando un nivel inicial de calidad; esto se podría lograr siguiendo cuatro diferentes alternativas:

- Incrementar el volumen de producción, con el mismo volumen de recursos aplicados.
- Disminuir los recursos aplicados, logrando el mismo volumen de producción.
- Aumentando el volumen de producción y disminuyendo los recursos aplicados, simultáneamente.
- Incrementando ambos factores, en mayor grado la producción y en menor grado los recursos.

Cada una de las alternativas mencionadas puede lograrse ya sea conservando la calidad de la producción o bien, aumentándola. De ahí que la calidad de la producción sea considerada como un “parámetro” de la produc-

tividad: no es posible hablar de productividad si antes no se menciona el nivel deseado de calidad de la producción.

La combinación de un aumento tanto en la producción como en la calidad de la misma, aumentando en menor proporción, conservando fijo, o aún, disminuyendo los recursos aplicados; es lo que se conoce como eficiencia. Algunas veces se ha pensado que un aumento en la productividad implica un descenso en la calidad de los servicios, sin embargo, es posible lograr el mejoramiento de un índice de productividad sin menoscabo del aspecto cualitativo. Ese doble propósito no está reñido entre sí, por el contrario, se complementa.

La productividad es tema de gran actualidad en los países que se encuentran en busca del desarrollo económico. Es por ello que sus gobernantes no cesan de insistir en la necesidad de superar, cada día, los índices de eficiencia y productividad tendientes a lograr la ansiada meta del bienestar común.

En materia de seguridad social, es lógico suponer y fácil comprobar, que los recursos que se destinan en la mayoría de los países latinoamericanos, no son ni con mucho los que demanda la población.

Lo anterior destaca la necesidad de que en tanto no puedan destinarse los recursos necesarios para cubrir la demanda de salud por parte de la población, deberán buscarse en forma constante, los métodos que permitan un mejor y más racional aprovechamiento de los recursos con que se cuenta, para estar en condiciones de extender los servicios a sectores de la población que se encuentran marginados.

2. Utilidad y Análisis de la Cuantía de Productividad.

Una vez que se comprende la necesidad de elevar la productividad de los servicios médicos en las instituciones de seguridad social, es lógico que se fijen metas, que se establezcan planes, que se asignen responsabilidades, etc.; para lo cual es indispensable, en primer lugar, saber el nivel actual de la productividad de los servicios médicos en una institución dada. No es posible medir la productividad de los servicios médicos de una institución a través de un sólo número, que exprese, en todos los aspectos, el nivel de productividad de éstos. Será necesario conocer por separado la productividad del personal, de las instalaciones de consulta externa, de la productividad de la institución en una región particular, de una instalación individual, en un período determinado, etc.

De ahí que sea indispensable contar con un sistema que permita

conocer la productividad a todos los niveles posibles, en todas las regiones en que opera la institución y en diversas épocas.

Este sistema debe, antes que todo, proporcionar información relativa a la estadística de servicios prestados, al volumen de personal involucrado en la prestación médica, el costo de los servicios, la calidad de los mismos, el número de instalaciones que se utilizan, la población que utiliza los servicios, etc.; elementos al través de los cuales se miden los rendimientos.

El conocimiento de esta información permitirá interrelacionar los datos necesarios para la elaboración de los indicadores de productividad.

3. Sistemas de Información.

Es conveniente recordar que un sistema es un conjunto de elementos y procedimientos íntimamente relacionados que tienen como propósito el logro de determinados objetivos. Así, un sistema de información es el conjunto de elementos y procedimientos íntimamente relacionados que tienen como propósito manejar datos y elaborar reportes que permitan tomar decisiones adecuadas para el logro de los objetivos de una organización.

Tales sistemas tienen como fin registrar, procesar y reportar información significativa; en otras palabras, constituyen un medio al través del cual es posible obtener información que permita elegir cursos concretos de acción.

Los sistemas de información deben como cualquier otro producto, reunir ciertas características o especificaciones que los hagan útiles. Las más importantes son:

- Tiempo de respuesta.
- Exactitud y precisión.
- Completividad.
- Formato.
- Correlación.
- Relevancia.

El tiempo de respuesta se refiere a la oportunidad con que se debe tener disponible la información. Es conveniente que el tiempo de respuesta

sea el menor posible, pero debe considerarse el problema en cada caso para no exigir una respuesta rápida cuando no es necesaria, ya que a mayor velocidad de respuesta se tendrá un mayor costo de la información.

Exactitud y precisión se refieren a la confiabilidad de la información obtenida, y dependen en gran parte de los datos suministrados al sistema. Exactitud implica que los datos no contengan errores de transmisión o de cálculo. Precisión se refiere al grado de aproximación que tenga la información con el respecto al valor real.

La completividad se refiere al contenido de un informe, o sea, a que dentro de éste se encuentre toda la información necesaria para tomar una decisión particular, o se conozca una situación específica o parcial. El formato es el arreglo que presenta la información, sea en forma de texto, tabulado, gráfico, etc.; con objeto de que resulte más claro y fácilmente utilizables.

Cuando se dice que una información debe tener correlación, se indica que las relaciones entre diferentes conceptos deben hacerse evidentes dentro del reporte. Al hablar de la relevancia de la información, se quiere decir que la información que se suministra no deberá incluir datos ajenos o sin importancia.

Lograr que una información reúna los requisitos indicados es muy difícil y costoso; generalmente se trata de llegar a un punto de equilibrio que no afecte significativamente a la eficiencia de la información y que no implique costos excesivos. Esta relación se conoce como Beneficio-Costo.

a. Información y productividad.

En la organización y funcionamiento de los servicios médicos en instituciones de seguridad social se recurre cada vez más con frecuencia a los sistemas de información, en la indispensable aplicación de normas administrativas institucionales, para conocer los niveles de eficiencia y productividad.

La información cuantitativa procedente de los servicios médicos, conviene se realice conforme a las siguientes bases:

- Captación diaria y reciente de datos, efectuada lo más próximo a su origen. En su caso, las unidades de consulta externa, clínicas hospitalares y clínicas.
- Concentración y cálculo mensual de los datos principales.

- Supervisión del informe mensual por la Dirección de la Unidad.
- Remisión de los informes mensuales a las respectivas Jefaturas de Servicios Médicos Regionales, para la evaluación por unidades y regiones.
- Concentración a la Dirección Nacional de Servicios Médicos, para la evaluación institucional.

Los niveles de evaluación que se han mencionado, requieren no sólo de información estadística referente al número de servicios médicos otorgados, sino que se requieren datos sobre la población protegida, la población usuaria del servicio, la demanda de servicios, la composición de la demanda por las diversas especialidades, recursos humanos, instalaciones físicas en general, y capacidad hospitalaria de las unidades médicas, morbilidad y mortalidad de la población protegida, costo de los servicios médicos, advirtiéndose así que los sistemas de información para la promoción y el cuidado de la salud, se desenvuelven en terrenos variados: bio-sociales, clínicos, científicos y administrativos. Dicha evaluación pretende alcanzar entre otros los siguientes objetivos:

- Proporcionar estimaciones confiables para medir los progresos, desviaciones y logros en metas intermedias o finales.
- Medir el grado de eficiencia con que se imparten los servicios, su calidad y el rendimiento del personal que los otorga.
- Justificar o modificar los requerimientos de recursos humanos y materiales.
- Señalar las necesidades convenientes de coordinación interna o externa.
- Orientar convenientemente los trabajos periódicos de auto-evaluación a cargo del personal actuante.

- Fundamentar técnicamente los informes sobre los resultados obtenidos.
- Proporcionar al plan general de servicios médicos, elementos válidos para la modificación o innovación necesarias.
- Señalar los requerimientos de adiestramiento de personal que tenga deficiencia para realizar adecuadamente las funciones establecidas.

Una vez que se han fijado estos objetivos, será conveniente que se asignen metas cuantitativas, efectos a lograr, costos y tiempos para alcanzar esas metas de tal manera que se pase de unos objetivos generales a otros más concretos, para lo cual, es recomendable que se clasifiquen los elementos a estudiar en áreas que, estando íntimamente relacionadas, guarden entre sí características comunes que permiten analizarlas por separados.

b. Características de un sistema de información.

Si se considera el volumen de información que maneja una institución de seguridad social, tanto en lo relativo a población contribuyente, población derechohabiente, servicios prestados y su costo, personal que participa en la prestación del servicio, etc., se llega a la conclusión de que será imposible la concepción de un sistema de información que posea las características que han sido mencionadas sin tomar en cuenta las facilidades que ofrece la tecnología actual en el ramo de la computación electrónica.

La computadora, como herramienta al servicio de la administración, posee componentes que permiten la alimentación de materia prima, es decir, datos; componentes que desarrollan todas las operaciones requeridas en el proceso y finalmente, componentes que dan salida al producto terminado, es decir, información.

Los sistemas electrónicos de información son diseñados para aplicaciones en las cuales grandes masas de datos deben ser recolectadas y analizadas, con el fin de reportar información significativa. Tales sistemas son también usados para manejar casos en los cuales los resultados de un proceso deben ser comparados para predeterminedar reglas decisivas como una base para la toma de decisiones. La alta velocidad de operación y la gran capacidad de almacenamiento de los sistemas electrónicos permite a

éstos manejar grandes volúmenes de datos y complejos procesos, económica y eficientemente.

Usualmente, una institución de seguridad social cuenta con distintos sistemas de información, que están íntimamente relacionados entre sí. Contar con un sistema de información integral, debe ser la meta a lograr por los estudiosos de la cibernética aplicada a la mejor administración de las instituciones de seguridad social.

Mediante los resultados obtenidos en las fases operativas del trabajo médico y con la experiencia adquirida, es posible cuantificar y evaluar las consecuencias que tienen para la administración racional de las instituciones, la necesidad de planear la educación continuada del personal en servicio y organizar programas apropiados de comunicación con la población protegida y los representantes de los sectores de los trabajadores y empleadores, con la finalidad de establecer adecuadas relaciones humanas.

En relación a las instalaciones es conveniente mencionar que las unidades médicas que han sido construídas obedeciendo a planes y programas médico arquitectónicos, tienen una planta física que corresponde a las funciones requeridas, son apropiadas para satisfacer la demanda de atención médica y con previsión del futuro, son susceptibles de adaptaciones y ampliaciones para atender nuevas y crecientes necesidades. Lo anterior, puede ser considerado como un indicador del propósito de mantener un nivel adecuado de operación las unidades, lo cual contribuye a conservar la calidad de los servicios y la eficiencia administrativa.

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

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

Por lo que toca a la administración, son factores condicionantes para mantener debidamente integrada y coordinada la unidad,

los organogramas institucionales, y el conjunto de normas, manuales de administración y de procedimientos técnicos y administrativos.

Es conocido que instituciones en las cuales cada unidad funciona independientemente, creando sus propios procedimientos y sin que forme parte integrante de un sistema coordinado, en el que la responsabilidad y el control los adquiera la institución, no ofrecen garantía para su rendimiento en un nivel elevado, ni para orientar eficazmente su acción, lo que tiene por consecuencia baja calidad de las prestaciones.

Finalmente, es importante subrayar al efectuar el análisis que se haga de la productividad de los servicios médicos, que no se puede en ningún caso considerar totalmente independientes las áreas entre sí, sino todo lo contrario, como partes integrantes de un todo.

IV.—EVALUACION Y CONTROL

Una etapa de especial importancia en la administración de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, es la evaluación y control de las distintas fases necesarias para el desarrollo de la prestación de los servicios.

Con el propósito de hacer más práctica la exposición, se han considerado las siguientes fases:

1.—Planeación.

El rápido crecimiento de las instituciones de seguridad social y su necesidad imperiosa de extender sus beneficios a diversos sectores de la población, aunado a la complejidad de regionalizar y estructurar sus servicios, para otorgar una eficiente y oportuna prestación médica, conjugada con la utilización adecuada de los recursos, hace de la planeación uno de los aspectos fundamentales para alcanzar los objetivos de la seguridad social americana.

La planeación de los servicios médicos debe estar sustentada en estándares de alguna manera pre-establecidos, los cuales, lógicamente, en gran medida deben ser el resultado de la experiencia acumulada en la operación y ponderados de acuerdo a las características de cada uno en particular.

Los estándares, indicadores o índices más significativos que deben ser tomados en consideración para la planeación de nuevas unidades, son:

- Demanda de Servicios.
- Utilización de Instalaciones.
- Indicadores de Trabajo por Empleado.

a) Demanda de servicios.

Los índices de demanda de servicios por derechohabiente se determinan al relacionar los servicios médicos otorgados, con la población que los recibe.

Es indudable que estos índices deben ser ajustados de acuerdo a una serie de factores que inciden en una región o zona determinada, así por ejemplo, es importante el considerar que en aquellos sitios en donde las instalaciones no son las adecuadas y se planea la construcción de nuevas unidades, deberá tomarse en forma importante el dato de la estimación de demanda no cubierta, para evitar con ello insuficiencia de las nuevas instalaciones; asimismo, es indispensable considerar el nivel que la unidad tendrá dentro del esquema de regionalización para no duplicar servicios existentes en otras unidades de apoyo o no considerar servicios que las unidades de apoyo ya no pueden proporcionar. El nivel socio cultural y económico de la población afectan, sin lugar a dudas, la demanda de servicios, como al principio se señaló.

En la práctica diaria los elementos arriba mencionados son difíciles de evaluar cuantitativamente, con excepción de la regionalización de servicios, pero es indudable que día a día es necesario seguir buscando fórmulas para la toma de decisiones de una manera más positiva.

En el capítulo “Apéndice de Indicadores Básicos” se presentan modelos representativos de la demanda de servicios, que deben ser utilizados para prever futuras necesidades.

b) Utilización de instalaciones.

En capítulos anteriores se indicó el efecto que tiene sobre la utilización de los recursos materiales el uso tradicional de las instalaciones, predominantemente matutina, de muchas de las unidades médicas en operación.

Tradicionalmente debe reconocerse que en diversos casos la pre-determinación del uso de algunas instalaciones se hace en forma ambigua.

La evaluación de la medicina institucional marca la necesidad de fijar nuevas políticas que tengan como objetivo procurar el máximo aprovechamiento de sus recursos, desarrollando los sistemas técnicos que soporten la organización, estructuración, coordinación y utilización de los recursos.

En la planeación de futuras necesidades se debe marcar, en forma cuantitativa, los índices de utilización que deberán tener los diferentes servicios de las unidades médicas, ya que sólo en esta forma se materializarán los objetivos de una mejor productividad de los servicios.

El capítulo mencionado contiene algunos ejemplos de indicadores de utilización de instalaciones, debiendo hacer notar que en algunos países, en materia de consulta externa, se ha iniciado la práctica de otorgar servicios los siete días de la semana.

c) Indicadores de trabajo por empleado.

Si la planeación de los recursos materiales es importante, la relativa a los recursos humanos es fundamental en una institución de prestación de servicios.

Es conocida la falta de médico, enfermeras, técnicos, etc., que tienen casi todos los países de la región americana.

Sin un conocimiento real de las necesidades futuras es difícil, sino imposible, buscar los procedimientos que permitan en su oportunidad la promoción de desarrollo y formación del personal que se requerirá cuando las nuevas unidades inicien sus servicios.

Es frecuente observar en muchas de las unidades deficiencia de operación de algunos servicios por falta de personal idóneo y a la vez encontrar profesionales de la salud, que una vez terminados sus estudios no encuentran cabida en las instituciones dentro de la especialidad que cursaron, por una planeación no congruente con las necesidades reales del país.

La determinación de los indicadores de trabajo para médicos, enfermeras, técnicos, etc., es el único procedimiento que puede permitir el cálculo estimado de requerimientos de recursos humanos a corto, mediano y largo plazo, obviamente conjugados con los estudios de crecimiento de la población y de la demanda de servicios.

2. Proyectos de Unidades Médicas

La planeación médica se ve materializada en los proyectos de las unidades, los cuales sólo pueden ser adecuadamente elaborados de acuerdo a los principios anteriormente señalados..

Los proyectos de las unidades de servicio en la actualidad deben ser la resultante de la coordinación de los conocimientos de la operación médica con los profesionistas del diseño, para poder considerar superficies necesarias por local, interrelación de locales, ubicación de equipos en los locales, que lograrán una óptima productividad.

El futuro crecimiento de algunas unidades médicas obliga a proveer en forma racional el desdoblamiento de muchos servicios y sólo una planeación y un proyecto adecuados permitirán más ampliaciones y costos de inversión moderados, con mínimas molestias a la población derechohabientes y al personal.

3. Indicadores de Operación.

La información de los servicios otorgados en cada unidad, ayuda a los distintos niveles de autoridad a evaluar y si se están cumpliendo los niveles de servicio deseados; si es necesario revisar y cambiar prácticas que no están produciendo los efectos previstos, si los recursos humanos y materiales con que cuenta la unidad guardan adecuada relación con los servicios impartidos. En fin, es el elemento para concluir si la unidad médica está trabajando de acuerdo a los planes trazados.

Es una necesidad imprescindible de las instituciones de seguridad social, el diseño, desarrollo e implantación de sistemas de información que contemplen indicadores preestablecidos de demanda de servicios y que permitan la evaluación de la operación de las unidades médicas, el análisis y explicación de las desviaciones que se registran. Indudablemente el comienzo de esta experiencia es difícil; sin embargo, no es posible seguir dejando como práctica normal de servicios médicos, que cada una de las unidades que componen las instituciones sigan trabajando sin metas previamente establecidas.

Por otra parte, la evaluación de la operación de las nuevas unidades es imprescindible para observar el resultado de los estudios, que servirán de base para su planeación y retroalimentar las normas para futuras inversiones.

V.—MEDIDAS ADMINISTRATIVAS PARA INCREMENTAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS

1. *Sobre Recursos Humanos.*

El recurso más valioso con que cuentan las instituciones de seguridad social lo constituyen sus trabajadores. Todos los países confían en los elevados atributos de los trabajadores al hacerlos depositarios de las acciones concretas que deban realizarse para alcanzar nuevas metas de la seguridad social.

“La mística que debe impulsar la acción de los trabajadores del Instituto, es la de contribuir con una mentalidad y una cabal entrega, a un crecimiento rápido y firme, sin comprometer el patrimonio de la Institución; a encontrar nuevos caminos para fortalecer el sentido humano en nuestras relaciones con la población y a mejorar la eficacia y oportunidad de las prestaciones a que tiene derecho”.(1)

De manera general, se puede pensar que cualquier tipo de medida técnico-administrativa tendiente a mejorar la productividad de los recursos humanos, para la prestación de los servicios médicos, deberá guiarse por los siguientes objetivos:

- Impulsar los naturales sentimientos de solidaridad de los trabajadores de la institución hacia la población derechohabiente, más allá del cumplimiento frío de reglamentos e instructivos.
- Dotar de la nueva fuerza de trabajo que el crecimiento de las instituciones de seguridad social demande, rigiéndose invariablemente por el principio de seleccionar a la mejor calificada.
- Pagar oportunamente la remuneración a que tengan derecho los trabajadores por la prestación de sus servicios.
- Humanizar las relaciones laborales, destacando el supremo valor del hombre encima de los recursos materiales y alcanzar, como una realidad, el trato respetuoso y de equidad hacia todos los trabajadores.
- Establecer un adecuado equilibrio entre la fuerza de trabajo y la carga de trabajo, estudiando y aplicando criterios institucionales para la dotación uniforme de personal.

(1) Licenciado Carlos Gálvez Betancourt, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe ante la Asamblea General, 1973.

Para alcanzar los propósitos mencionados, es necesario recurrir a lo expresado por destacados autores dedicados a la psicología industrial y a la administración de personal, con el fin de encontrar el instrumento teórico sobre el cual se establezca un adecuado programa que incluya la capacitación y el desarrollo del personal, así como la implantación de las medidas adecuadas para mejorar la productividad del recurso humano.

Las teorías motivacionales de Maslow y Herzber han aportado importantes conocimientos, experiencias e investigaciones relativas a las necesidades del hombre en su trabajo, que constituyen el marco teórico sobre el cual se orientan las acciones particulares a tomar, según las características y circunstancias muy propias de cada institución.

Para mejorar la productividad de los recursos humanos, se recomienda una fórmula que consiste en mejorar la TÉCNICA mediante el aprovechamiento de sus avances; dar la atención debida al HUMANISMO y a las relaciones que de él se desprenden, y por último, actuar con ENTUSIASMO. Considerar el entusiasmo como un estado de ánimo constante que al imperar en cada uno de los que tienen personal bajo su responsabilidad, pueda servir de modelo ser imitado, y contagie optimismo en el desarrollo de la labor cotidiana.

2. Sobre Capacitación y Recursos Técnicos.

Por lo que respecta al mejoramiento de la técnica que ayuda al incremento en la productividad de los recursos humanos, se pueden mencionar cinco factores esenciales:

Primero, seleccionar y preparar al personal a todos los niveles. De la tarea que realicen las instituciones de seguridad social en este capítulo, depende en buena medida, la calidad de los servicios que presten. La adecuada selección de recursos humanos será la materia prima indispensable para desempeñar acciones de capacitación y desarrollo del personal tendientes a lograr que su tarea sea gratificante y no enajenante.

Segundo, revisar y mejorar los procedimientos de trabajo. La experiencia acumulada en la prestación de servicios, necesariamente pone a los directivos de instituciones de seguridad social, en condiciones de revisar sus procedimientos de trabajo con el fin de mejorar los actuales y evitar que se repitan lamentables errores ocurridos con anterioridad. En suma, las experiencias son capitalizables para el mejoramiento de los sistemas establecidos de trabajo.

Tercero, proporcionar los elementos necesarios para el trabajo. Todo individuo podrá mejorar sus resultados si encuentra a su alcance todos los

elementos que requiere para trabajar eficientemente. Tanto en este punto como en el anterior, son aplicables los tradicionales estudios de sombra o de tiempos y movimientos así como los modernos análisis de flujos, de redes de distribución o de camino crítico para concretar lo que el trabajador debe hacer para optimizar su rendimiento.

Cuarto, investigación e innovación. Los adelantos logrados por el hombre, no son sólo el fruto de experiencias vividas, sino también el resultado de profundas investigaciones, encaminadas siempre a conocer algo más de lo que ya domina. La investigación es la que elimina el miedo al cambio. Por tanto, facilita la innovación que asegura un avance continuado. El contentarse con realizar las cosas como hasta ahora se vienen haciendo, sin intentar nuevos procedimientos equivaldría a estancarse irremediablemente.

Quinto, recursos balanceados. Al estar conscientes de que la estructura funcional de toda institución de seguridad social se encuentra sustentada en unidades para la prestación de servicios médicos, los recursos humanos que manejan dichas unidades deberán estar balanceados en tal forma que los servicios se presten adecuadamente.

Ninguna cadena es más fuerte que su eslabón más débil. Si en una unidad médica se cuenta, por ejemplo, con personal médico, de enfermería, de archivo, de intendencia, de farmacia, de medicina preventiva, etc., suficiente para dar servicio a 50,000 derechohabientes, pero el personal de recepción sólo tiene capacidad para atender la demanda que generan 30,000, de acuerdo con los criterios para dotación de personal establecidos, el resultado será que la productividad se reduce al nivel del elemento de menor rendimiento o de más bajos recursos, por esto es que se necesitan recursos balanceados.

3. Sobre Motivación del Personal.

El individuo busca en el trabajo la autorrealización que le proporcionará una satisfacción total.

Los factores que llevan al hombre hacia una satisfacción total en busca de la mayor productividad, se pueden clasificar, según Maslow, en factores de higiene y factores motivacionales.

Si en una escala en la que se puede medir la satisfacción del hombre se parte de la insatisfacción total, los factores de higiene irían absorbiendo dicha insatisfacción hasta llegar a un punto de no insatisfacción, pero tampoco de satisfacción total; los factores motivacionales serían los que impulsaría el punto neutro hacia la plena satisfacción del individuo.

Entre los factores de higiene, se tiene el salario justo y remunerador entendiéndose por justo el que vaya como una contraprestación adecuada al servicio del trabajador y entendiéndose por remunerador al que dicho salario sea suficiente para cubrir las necesidades primarias del individuo y de la familia que de él dependen. De considerarse también como factor de higiene la supervisión que el individuo necesita para sentirse seguro de su realización en el trabajo, dentro del mismo trabajo también requiere el individuo de seguridad y prestigio, de condiciones adecuadas de trabajo, de políticas administrativas acordes con sus condiciones personales, de buenas relaciones interpersonales, etc.

Dentro de los factores motivacionales, se clasifican el gusto que el individuo tenga por el trabajo que desempeña; la sensación de progreso; el reconocimiento a su labor por parte de sus compañeros de trabajo y principalmente por parte de sus superiores; la posibilidad de desarrollo dentro de la empresa o institución para la que trabaja; la posibilidad de logro y el logro mismo y la responsabilidad que le sea delegada.

VI.—APENDICE DE INDICADORES BASICOS

En el IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, celebrado en septiembre de 1974, en la ciudad de Asunción, Paraguay, al tratar lo relacionado con los programas de investigación de economía médica y su influencia en la administración de los servicios de salud, después de conocer los documentos presentados por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, la Organización de los Estados Americanos, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social, llegaron a recomendaciones muy importantes que toman en cuenta la cobertura creciente de los seguros sociales y la necesidad de armonizar los requerimientos básicos de salud con el equilibrio económico que requiere una administración responsable, que permita el cumplimiento de los postulados sociales en que se basa la doctrina de la seguridad social.

Por considerar de interés como aportación al tema que trata el presente documento, se transcriben a continuación las recomendaciones que fueron aprobadas sobre programas de investigación y economía médica y su influencia en la administración de los servicios de salud:

- Los programas médico arquitectónicos de unidades médicas deberán ser el producto de acciones multidisciplinarias que contemplen el costo de operación de ellas.
- Establecer índices de fuerza de trabajo y promover la formación a través de las instituciones docentes y de seguridad social, de personal paramédico a fin de que se le deleguen actividades

específicas. El personal deberá integrarse con el criterio de formar equipos de salud para optimizar especialmente las actividades médico administrativas, de igual forma es conveniente la formación y capacitación de directores y administradores médicos.

- Estructurar cuadros básicos de medicamentos, con el correspondiente control de calidad, así como guías diagnósticos terapéuticas que favorezcan la elección de las mejores alternativas para el beneficio de asegurados y beneficiarios. Así como, cuadros básicos, normas y procedimientos sobre equipos y materiales de consumo.
- Adaptar la tecnología a las necesidades de cada país y orientarlas a la resolución de problemas comunes y frecuentes y no hacia acciones sofisticadas y costosas.
- Para tal fin, buscar las coordinaciones interinstitucionales que hagan razonable el costo beneficio y el costo eficiencia.
- Establecer acciones conducentes a implementar sistemas de captación, procesamientos y análisis de datos óptimos y veraces, que permitan la preparación de presupuestos por unidad médica, y la producción de los costos unitarios básicos de estancia hospitalaria y consulta médica y los correspondientes costos unitarios detallados (prescripción, estudios complementarios, clínicos y de gabinete, etc.).
- Se consideró como muy importante que el V. Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social tratara como uno de sus temas centrales “ la prestación farmacéutica en los regímenes de seguridad social americanos”.

Es evidente que en las instituciones de seguridad social con servicios médicos directos la administración de sus recursos para el cuidado y promoción de la salud, exige de sus autoridades la preocupación prioritaria, de encontrar la más conveniente organización técnico administrativa.

El establecimiento de procedimientos adecuados de selección de personal, programas de formación y capacitación continuada, apoyados en el desarrollo de técnicas de información que permiten una evaluación de los recursos disponibles, intervienen en el complicado juicio de interpretación de la productividad, la cual se constituye en base muy importante para la planeación de los servicios médicos y extensión de los programas de seguridad social.

Como resultado de aplicación práctica, la experiencia de la seguridad social puede aportar valiosos indicadores para la administración de programas de salud en instituciones de servicio para grandes sectores de población, como son los ministerios de salud y de seguros sociales. Por lo anterior en este documento que se presenta a la X Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la Comisión Regional Americana Médico Social estimó conveniente en su aportación sobre procedimientos para mejorar la productividad de los servicios médicos, presentar como anexos, cuadros sobre algunos indicadores que pueden considerarse básicos en la administración de servicios médicos de los seguros sociales con sistemas directos de organización.

1. INDICADORES DE DEMANDA DE SERVICIO

Uso del Indicador

DEMANDA DE SERVICIOS	INDICADOR	Planeación	Proyecto	Operación
Hospitalización (Nota)				
Camas				
Ingresos	1,000 D.H.	x	x	x
Promedio Estancia	1 ingreso	x	x	x
Días Paciente	1,000 D.H.	x	x	x
Quirófanos				
Intervenciones Quirúrgicas	1,000 D.H.	x	x	x
Consulta Externa (Nota)				
Consultorios				
Consultas	1,000 D.H.	x	x	x
Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento				
Farmacia				
Recetas	1,000 D.H.	x	x	x

Laboratorio de Análisis Clínicos				
Personas Atendidas	1,000 D.H.	x	x	x
No. de Análisis	1 persona atendida	x	x	x
Análisis Clínicos	1,000 D.H.	x	x	x
Radio Diagnóstico				
Personas Atendidas	1,000 D.H.	x	x	x
No. de Estudios	1 persona atendida	x	x	x
Estudios Radiológicos	1,000 D.H.	x	x	x
Lavandería				
Kilos de Ropa Procesada	1 cama	x	x	x
Dietología				
Raciones Preparadas	100 empleadas	x	x	x
	1 día paciente	x	x	x

NOTA:

Es necesario determinar los indicadores por las distintas especialidades.

2. INDICADORES DE UTILIZACION DE INSTALACIONES

Uso del Indicador

INSTALACIONES	INDICADOR	Planeación	Proyecto	Operación
Hospitalización Camas % de Ocupación	85	x	x	x
Quirófanos Horas de servicio	12-5 días p/semanas	x	x	x
Consulta Externa Consultorios Hora de Servicios	12-6 días p/semanas	x	x	x
Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento Farmacia Horas de Servicio	12-6 días p/semanas	x	x	x
Radiodiagnósticos Horas de Servicio	12-6 días p/semanas	x	x	x
Lavandería Horas de Servicio	12-7 días p/semanas	x	x	x
Dietología Horas de Servicio	16-7 días p/semanas	x	x	x

3. INDICADORES DE TRABAJO POR EMPLEADO

Uso del Indicador

ESPECIFICOS	INDICADORES	Planeación	Proyecto	Operación
Hospitalización (Nota)				
Cama Horas Médico por Día Paciente	10'	x	x	x
Quirófano Horas Médico por Intervención Quirúrgica	2.00'	x	x	x
Consulta Externa (Nota) Consultas por hora Médico	4	x	x	x
Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento				
Farmacias Recetas Diarias Surtidas por Empleado	150	x	x	x
Laboratorio de Análisis Clínicos Análisis Diarios por Empleado	32	x	x	x
Estudios Radiológicos Estudios Diarios por Empleado	32	x	x	x
Lavandería				
Kilos de Ropa Procesada Diaria por Empleado	80	x	x	x
Dietología				
Raciones Preparadas y Surtidas Diarias por Empleado		x	x	x

NOTA:

Los indicadores pueden variar de acuerdo a las características de cada especialidad.

4. INDICADORES DE PROYECTOS ARQUITECTONICOS

SUPERFICIE CONSTRUIDA	M ² Para el Servicio	Para Unidades de consulta Externa	Para Unidades de Especialidades
Gobierno de la Unidad		m ² x consult.	m ² x cama
Consulta Externa Consultorios Salas de espera y circulaciones Suma	m ² x consult. m ² x consult. m ² x consult.	m ² x consult.	m ² x cama
Archivo Clínico Archivo Sala de espera Suma	Exp. x m ²	m ² x consult.	m ² x cama
Farmacia Farmacia Sala de espera Suma	Recetas-x m ²	m ² x consult.	m ² x cama
Medicina Preventiva		m ² x consult.	m ² x cama
Laboratorio de Análisis Clínicos Laboratorio Sala de espera Suma	m ² x sección	m ² x consult.	m ² x cama
Radiodiagnóstico Salas Salas de espera	m ² x salas	m ² x consult.	m ² x cama
Urgencias		m ² x consult.	m ² x cama
Central de Equipos		m ² x consult.	m ² x cama
Tococirugía (Nota)	m ² x salas		m ² x cama

Hospitalización Camas (Nota)			m ² x cama
Anatomía Patológica			m ² x cama
Fisiatría			m ² x cama
Dietología			m ² x cama
Lavandería			m ² x cama
Servicios Generales			
Almacén		m ² x consult.	m ² x cama
Casa de máquinas		m ² x consult.	m ² x cama
Otros servicios		m ² x consult.	m ² x cama
Circulaciones, Vestíbulos, Etc.		m ² x consult.	m ² x cama
Total Superficie Construida		m ² x consult.	m ² x cama

SUPERFICIE DEL TERRENO
SUPERFICIE DE CONTACTO
%DE UTILIZACION DEL TERRENO

NOTA:

Se deben establecer indicadores para cada tipo de hospital: General, Gineco-Obstetricia; etc.

