

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVI

EPOCA IV

Núms. 103-104

ENERO-ABRIL

1977

MEXICO, D.F.

REVISTA BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

REVISTA 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.

INDICE

	Página
ESTUDIOS	
Cambios en los patronos de morbi-mortalidad y natalidad en los nuevos niveles de atención integral de la salud en Costa Rica	7
Dr. Guido Miranda G. y Dr. Luis Asís Beirute.	
Función social de la Sociedad Internacional de Rehabilitación de los Incapacitados	41
Dr. Alejandro Rhode y Dr. Efraín Barrera.	
Servicios de Rehabilitación en las Instituciones de Seguridad Social	45
Dr. R. Curiel Cueto, Dra. M. Fahr y Dr. J. Orozco Matus.	
La formación de personal directivo, de nivel intermedio y auxiliar para los servicios médicos de la seguridad social	55
Dr. Juan Rodríguez Argüelles y Cols.	
Los servicios de planificación familiar: sus resultados en salud y sus implicaciones económicas	73
Dr. Luis A. Sobrevilla.	
La protección materno infantil y su proyección en las actividades de planificación familiar	85
Dr. José Andrés Fernández Sauri.	
Planeación de las unidades requeridas para los niveles de atención médica	129
Dr. J. Castellanos Robayo y Arq. Jorge de los Ríos.	
Planeación de las unidades requeridas para los diferentes niveles de atención médica	167
Dr. P. Alegría, Dr. R. Barba, Arq. G. Carrillo y Cols.	
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
Programa de Cursos Interamericanos para el año de 1977	221

ESTUDIOS

LA FORMACION DE PERSONAL DIRECTIVO, DE NIVEL INTERMEDIO Y AUXILIAR PARA LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL *

Dr. Juan Rodríguez Argüelles

Dr. Adolfo Merelo Anaya

Dr. Ernesto Espinosa

Dr. Jesús Mijares Pinto

Enf. María Teresa Loyo Roque

Lic. Isabel de Yoris

Introducción

La seguridad social desde sus orígenes ha mantenido como uno de sus principales objetivos proporcionar en forma destacada atención al trabajador enfermo, al lesionado, etc., con el objeto de restituirle la salud y reincorporarlo al sistema de producción de bienes y servicios. Sus prestaciones, sin embargo, van siendo al paso del tiempo, de naturaleza integral y cultiva actualmente el estado de salud mediante el otorgamiento de satisfactores sociales, en forma adicional, resaltando la importancia de la atención a la salud integral como factor importante en el proceso de desarrollo de la sociedad.

Una figura destacada en la atención de este tipo de problemas ha sido el médico, acompañado de un equipo de colaboradores, y ha sido por razones obvias este personaje, la figura central de una actividad que hasta la fecha continúa siendo de su incumbencia directa y, por lo tanto, en cualquier sistema de prestación de este tipo de servicios es la figura central e indiscutible.

El grado de desarrollo de la seguridad social, su tendencia a ser cada día más integral, su propósito de alcanzar cada vez más mayores coberturas a grupos humanos y servicios otorgados, ha ocasionado repercusiones importantes en la prestación de atención a la salud como procedimiento. Si partimos del concepto de la salud adoptado por la Organización Mundial de la Salud y que se maneja en el ámbito universal que ha sido profusamente enunciado e insistentemente repetido, podemos observar, sin embargo, que no ha sido completamente comprendido, pues se ha llegado al grado de considerar muchas veces que el médico como tal debe ser el responsable de hacer operante ese concepto en cualquier tipo de sociedad, y podemos desde luego entrar a un campo de suma complejidad para hacer operante lo que en definición resulta ser un ideal.

El crecimiento considerable de los grupos humanos, particularmente en nuestra área geográfica, su estratificación socio-económica, los indicadores de esas diferentes condiciones sociales traducidas en niveles de alimentación, condiciones de vivienda, percepción monetaria, nivel educativo, patrones de comportamiento y concepción de la vida, etc., hacen particu-

* Ponencia oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social presentada en el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Caracas, Venezuela, julio de 1976.

larmente complejo el operar en la actualidad y en cualquier sociedad, el concepto salud como prestación social.

En el aspecto biológico de atención a la salud, nuestras instituciones en diversa proporción manejan los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, y en este proceso la figura del médico y de su equipo tradicional, continúan siendo elementos sobresalientes, sin embargo, en la actualidad se consideran a un conjunto de profesionales que han venido a enriquecer a ese equipo y se destacan también a un conjunto de disciplinas que propenden a la consecución del concepto salud.

Se debe reconocer dentro de ese amplio concepto en sus dimensiones biológica, psicológica y social, el campo de acción de cada uno de los profesionales de la salud, hecho que ya resulta particularmente difícil. En el campo del ejercicio médico podemos señalar en la actualidad la presencia de diversos tipos de médicos, tales son: el médico general, el familiar, el comunitario, el especialista, los educadores médicos y los investigadores, cada uno con un campo de acción que tiene algo en común y algo diferente en relación al cometido básico de dar atención a la salud. Si por otra parte estableciéramos un análisis de este personal, en lo que respecta a su formación y a su actuación dentro del gran concepto de salud; en el mejor de los casos la resultante sería un profesional que sólo ha podido más o menos profundizar en el nivel biológico de atención a la salud, en el nivel psicológico por los componentes médicos que éste pudiera tener y muy poco en el componente social por lo que de orden médico pudiéramos encontrar en el mismo.

En apoyo al propio tema desarrollado en esta ocasión, tal vez debería partirse del punto de vista de que el médico, como tal, es un profesional no capaz de resolver por sí solo el problema de salud de acuerdo a la concepción moderna, pues aun diversificado como está, ha tenido capacidad de penetración en el llamado nivel biológico y poco en los restantes componentes. Vale la pena preguntarse si inclusive el concepto "pleno bienestar biológico, psicológico y social" de la definición de salud, si tratara de establecer cierta jerarquía de conceptos, podríamos manejarlos más propiamente como "pleno bienestar social, biológico y psicológico", para ubicarnos de primera intención en un campo como es el social que con todas sus implicaciones resulta ser altamente determinante de los otros dos aspectos.

Aparece, ahora, cierto que el médico no puede estar solo en esta misión y lo que es más, que no es necesario ser médico de formación para poder encajar en un grupo multiprofesional, que convenientemente integrado deba actuar tratando de hacer operante el concepto salud.

Dentro de instituciones tan complejas como las de seguridad social, la presencia de personal debidamente jerarquizado en el desempeño de funciones con objetivos comunes, resulta obvio y podríamos a continuación analizar lo concerniente a: políticas y objetivos en el campo de los recursos humanos; analizar la encuesta de la Comisión Regional Americana Médico Social y, finalmente, establecer algunos comentarios en la correspondiente a formación de recursos humanos como proceso.

Políticas

Generalmente las políticas de formación de recursos humanos dentro de las instituciones de seguridad social han sido establecidas por las propias instituciones, en razón de sus necesidades actuales, de sus programas en

marcha y de sus particulares proyecciones, tratan de obedecer, por lo tanto, a procesos de planificación que resulten eficientes para la operabilidad del sistema, sin embargo, debe señalarse el hecho de que las tendencias actuales cada día más señalan la necesidad de llevar a efecto procedimientos de planificación que se apoyen en políticas nacionales que pretendan conseguir desarrollo integral y que alcancen a influenciar la vida de los sectores humanos tradicionalmente desprotegidos. Siendo, por lo tanto, la seguridad social un sistema de notables proyecciones, sus políticas en todos los renglones y particularmente en lo concerniente a recursos humanos necesariamente deben apoyarse en sistemas de planificación abierta con amplias ramificaciones y que respondiendo a necesidades actuales y sentidas, sea también la respuesta a la proyección del sistema en el tiempo.

La política de la seguridad social en lo concerniente a la formación de recursos humanos deberá:

- Promover la formación de personal en todos los niveles del sistema para que sea apto en el desempeño de sus funciones.
- Se les deberá proporcionar los contenidos de conocimiento necesarios a todos y cada uno de esos elementos para que desarrollen plena identificación institucional, se compenetren de sus derechos y responsabilidades institucionales y las desempeñen con alto sentido de servicio social.
- Deberán entender que la seguridad social corresponde a un subsistema dentro del macrosistema de atención a la salud nacional.
- Será política de la seguridad social, promover y fomentar las relaciones interinstitucionales con el objeto de encontrar cada vez mejores procedimientos para la formación y remodelación de su personal que le permita cumplir con las altas responsabilidades que significan el cuidado integral de la salud de su población afiliada y de su población protegida según sus esquemas especiales.

Objetivos

- a) Dotar al sistema de seguridad social de elementos humanos capacitados en aspectos técnicos, científicos y humanísticos, de acuerdo con las necesidades del propio sistema y congruentes con las necesidades del país, reconociendo con ello su proyección.
- b) Identificar el perfil profesional para cada uno de los elementos del equipo de salud.
- c) Promover la formación de personal capaz de operar los diferentes niveles institucionales con sentido de servicio social.
- d) Promover en la formación de ese personal, procesos de planificación abierta que fomenten las acciones multidisciplinarias e interdisciplinarias con participación interinstitucional.

Encuesta de la Comisión Regional Americana Médico Social.

El Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social, promovieron la realización de una encuesta en los Institutos de Seguridad Social Latinoamericanos. Dicha encuesta recogió información correspondiente a los años de 1972 a 1974 y, en algunos casos, a 1975.

Estuvo orientada fundamentalmente a conocer:

- a) Población protegida e incremento que ésta ha sufrido.
- b) Diferentes recursos asistenciales representados por número de clínicas, hospitales y camas hospital.
- c) Utilización de los recursos asistenciales representados por servicios otorgados.
- d) Principales preocupaciones en lo que concierne a formación de personal: directivo, intermedio y auxiliar.
- e) Capacidad de absorción en el sistema en lo relativo a personal formado.

Países participantes

La encuesta fue contestada por 11 países, los cuales pueden verse en el cuadro N° 1. Debemos anticipar el reconocimiento del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la Comisión Regional Americana Médico Social, por la colaboración de los países antes enunciados al contestar a nuestra encuesta. Reconocemos las grandes limitaciones que suele tener una encuesta que se pretende sea resuelta a largas distancias y sin elementos coordinadores que en un momento dado pudieran resolver diversas dudas derivadas de la misma; sin embargo, consideramos que es un medio relativamente fácil de llevarse a efecto y mediante el cual podemos presentar, aunque sea en forma parcial, una imagen de nuestras respectivas instituciones.

CUADRO N° 1

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

Países participantes		
Argentina		Guatemala
Bolivia		México
Brasil	El Salvador	Perú
Colombia		Puerto Rico
Costa Rica		Venezuela

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

Población protegida y el incremento que ésta ha sufrido

Los países latinoamericanos presentan índices de crecimiento poblacional del orden del 1.5% al 3.5%, aproximadamente, esto ha ocasionado crecimiento considerable de nuestros diversos grupos poblacionales, hecho que como sabemos va aparejado con una serie de necesidades que requieren ser satisfechas. En el cuadro N° 2 podemos observar la población total de los países participantes y los porcentajes de población protegida en relación a la población total, observándose grandes diferencias que van desde el 5.13% hasta el 71.23%. Probablemente el porcentaje de población

CUADRO N° 2

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL
1975

Datos sobre población general y derecho-habientes

	Población total	D.H.
Argentina (1970)	23.390 millones	14.368 millones
Bolivia (1974)	5.470 millones	.965 millones
Brasil (1974)	105.958 millones	46.300 millones
Colombia (1975)	24.714 millones	4.856 millones
Costa Rica (1974)	1.730 millones	1.232 millones
El Salvador (1974)	4.104 millones	.210 millones

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Venezuela, 1976.

CUADRO N° 3

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL
1975

Datos sobre población general y derecho-habientes

	Población total	D.H.
Guatemala (1973)	5.211 millones	.665 millones
México (1975) (IMSS ISSSTE)	60.145 millones	19.079 millones
Perú (1974)	15.000 millones	1.513 millones
Puerto Rico (1974)	3.100 millones	.738 millones
Venezuela (1974)	11.921 millones	2.944 millones

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Venezuela, 1976.

CUADRO N° 4

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

(Población protegida en relación a población general)

Argentina	61.42%	Guatemala	12.77%
Bolivia	17.65%	México	31.72%
		(IMSS-ISSSTE)	
Brasil	43.70%	Perú	10.08%
Colombia	19.65%	Puerto Rico	23.80%
Costa Rica	71.23%	Venezuela	24.70%
		El Salvador	5.13%

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

protegida pudiera, en términos generales, considerarse como un indicador de desarrollo socioeconómico, en vista de que, generalmente, el porcentaje de la población derechohabiente en las formas de seguridad tradicional entra en el capítulo de población económicamente activa, sería necesario, sin embargo, establecer un estudio particular en cada uno de los casos para poder establecer con precisión estas correlaciones.

Prácticamente todos los institutos de seguridad social han venido desarrollando incrementos importantes en su población derechohabiente. Dichos incrementos corresponden, desde luego, a los aumentos de la población que en forma dinámica se va incorporando a los diferentes niveles de trabajo y en algunos otros casos podrán corresponder, además, a políticas específicas de promoción dentro de los sistemas de seguridad social; como caso concreto podríamos mencionar los servicios de prestación modificada, así como políticas de solidaridad social a núcleos de población marginada, los cuales, apartándose de las formas convencionales de funcionamiento de los seguros sociales, representan en todo caso aumento en los usuarios y generan necesidades específicas.

En el cuadro N° 5 se puede ver que el promedio del incremento en derechohabientes en los años de 1972-1974, osciló de 3.72% a 32%, las considerables discrepancias podrán estar en relación con incrementos naturales o bien a campañas de promoción y captación de nueva población asegurada.

CUADRO N° 5

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

(Promedio de incremento en D.H. en 1972-74)

Argentina	9%	Guatemala	3.72%
Bolivia	32%	México	10.94%
Brasil	9.3%	Perú	8.75%
Colombia	7.3%	Puerto Rico	3.85%
Costa Rica	10.5%	Venezuela	9.93%
El Salvador	12.6%		

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

Consideramos importante establecer una relación entre la población protegida total y el número de los propiamente asegurados, la cual podemos observar en el cuadro N° 6. Existiendo en prácticamente todos los países una cierta uniformidad con cifras por abajo de 4.3 que discrepa, sin embargo, con la relación de Puerto Rico que es de 1 a 11.35, fenómeno muy interesante en vista de que estas relaciones, sometidas a cuidadosos análisis, van siendo indicadores de las posibilidades de crecimiento de un sistema que hasta ahora ha mantenido patrones sumamente rígidos, en aras de una mayor eficiencia.

CUADRO N° 6

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

(Relación derecho-habientes asegurados)

Argentina	2.46	Guatemala	1.33
Bolivia	4.24	México	3.90
Brasil	—	Perú	1.08
Colombia	3.74	Puerto Rico	11.35
Costa Rica	—	Venezuela	—
El Salvador		1.35	

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

El cuadro anterior se complementa con el N° 7, en el que se presentan los porcentajes de la población asegurada en relación a la derecho-habiente, oscilando las cifras de 8.80% para Puerto Rico y 92.14 para Perú, relaciones que como puede observarse son sumamente amplias.

CUADRO N° 7

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

(Porcentaje de la población protegida, asegurada)

Argentina	40.55%	Guatemala	75.03%
Bolivia	23.54%	México	29.36%
Colombia	26.66%	Perú	92.14%
Costa Rica	—	Puerto Rico	8.80%
El Salvador		73.70%	

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

Del análisis establecido en este capítulo podemos concluir que los institutos de seguridad social deben confrontar problemas administrativos complejos, relacionados con la planificación, programación, dirección y control que presupone la existencia de instituciones con gran dinamismo y encargadas de otorgar diversos niveles de prestación de servicios.

En lo que respecta al área de los servicios médico-asistenciales, hemos establecido el siguiente análisis.

— *Recursos asistenciales representados por número de clínicas, hospitales y camas hospital.*

En los cuadros N°s. 8 y 9 se presenta el número de clínicas de consulta externa, así como de hospitales y camas hospital con los que cuentan los países encuestados.

Los datos son cambiantes año con año, conclusión por otra parte lógica si pensamos en función del crecimiento institucional. Debemos señalar que en Argentina el Instituto Nacional de Obras Sociales, de manera principal contrata servicios de atención médica, careciendo por lo tanto de una red de unidades propias, opera un fenómeno semejante aunque no en su totalidad en Brasil, Puerto Rico y Perú, los cuales además cuentan con servicios propios. Prácticamente podríamos señalar que siendo considerables las demandas de servicios de atención a la salud y la enfermedad en nuestros países, es necesario el contar con servicios auxiliares para cubrir las demandas, sin embargo, lo distintivo en todo caso es la tendencia hacia un procedimiento o a otro.

CUADRO N° 8

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

Recursos asistenciales

	Clinicas	Hospitales	Camas
Argentina (1974)	401	20	—
Bolivia (1974)	141	69	3,712
Brasil (1974)	389	2,701	174,192
Colombia (1974)	—	159	5,355
Costa Rica (1974)	77	8	1,949
El Salvador (1974)	30	6	598

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

CUADRO N° 9

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

Recursos asistenciales

	Clinicas	Hospitales	Camas
Guatemala (1974)	44	25	2,274
México (1974)	16	22	1,639
incrementó			
Perú (1974) Servicios contratados			
Puerto Rico (1974)	3,536	17	1,760
Venezuela (1974)	—	22	7,372

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

En el cuadro N° 10 podemos observar que las relaciones entre camas-hospital por derechohabiente en nuestros diferentes institutos, están aún lejos de lo que se puede considerar un ideal, ni siquiera satisfactorio, pues

considerándose una relación satisfactoria 4 camas por 1,000 habitantes, podemos observar que muestran relaciones de 1.10 a 3.84 camas por 1,000 derechohabientes, esto indica la necesidad no solamente de diversificar los servicios, sino desde luego de incrementarlos.

CUADRO N° 10

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

(Relación camas por 1,000 derecho-habientes)

Argentina	—
Bolivia	3.84
Brasil	3.76
Colombia	1.10
Costa Rica	1.58
Guatemala	3.41
México	1.39
Perú	—
Puerto Rico	2.38
Venezuela	2.50
El Salvador	2.83

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

— *Utilización de recursos asistenciales representados por servicios otorgados.*

En la revisión de los cuadros N°s. 11 y 12, podemos estimar que el promedio de días de hospitalización es variable en los diferentes países, obteniéndose un promedio en cifras que van de 5.35 a 16.5 días de hospitalización, las consultas promedio anuales por derechohabiente presentan variaciones de 1.82 a 5.3 por derechohabiente.

CUADRO N° 11

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL
1975

Relación de servicios

	Promedio días hospitalización	Costo \$ día-cama	Promedio consulta D.H.
Argentina (1974)	8.30	—	4.30
Bolivia (1974)	14	460	2.5
Brasil (1974)	—	55.4	1.28
Colombia (1974)	6.1	—	4.3
Costa Rica (1974)	6.6	273.59	4.6
El Salvador (1974)	6.85	51.98	4.7

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Venezuela, 1976.

CUADRO N° 12

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL
1975

Relación de servicios

	Promedio días hospitalización	Costo \$ día-cama	Promedio consulta D.H.
Guatemala (1974)	11.3	29.66	1.82
México (1974)	5.35	76.63	3.01
Perú (1974)	12.07	8.95	—
Puerto Rico (1974)	16.5	68.76	5.3
Venezuela (1974)	16	57	3.7

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Venezuela, 1976.

Ante este panorama cada vez creciente de necesidades del sector salud, las instituciones de seguridad social han precisado de una diversidad de recursos capaces de operar los diferentes sistemas y subsistemas. En lo que respecta al de atención a la salud, los diseños de formación de personal se han enfocado principalmente a los niveles directivo, intermedio y auxiliar.

Entendemos por personal directivo a todo aquel que ejerce puestos de dirección en nivel jerárquico normativo y aplicativo, corresponderá por lo tanto a personal que ocupa principalmente direcciones, subdirecciones, jefaturas, subjefaturas y departamentos.

Personal intermedio representado por personal profesional y paraprofesional de la medicina y en donde se considera al médico en todos sus niveles (general y de especialización) y a otros profesionales de la salud que colaboran en estrecha relación, como pudieran ser odontólogos, enfermeras, etc.

El personal auxiliar está representado por elementos no médicos, sin embargo, engranados dentro del sistema y realizando actividades íntimamente relacionadas con la atención integral de la salud.

En los cuadros N°s. 13 y 14 se observa que prácticamente todos los países manifiestan un gran interés en preparar personal en los tres niveles antes referidos; sin embargo, se debe destacar el gran énfasis que se ha venido poniendo en la formación de personal intermedio y auxiliar, que constituye el elemento protagonista de las acciones, o sea el nivel operativo y en donde se ha destacado por su importancia la necesidad de formar un gran número de personal auxiliar y mantener proporciones correctas entre dichos elementos y el profesional.

Es importante tomar en cuenta que derivado de la encuesta que se llevó a efecto y en lo que corresponde a los renglones, solamente de capacitación profesional los diferentes países han hecho énfasis de acuerdo a los cuadros 15, 16 y 17, en áreas especiales de preparación, en las que podemos observar en el nivel directivo las que corresponden a la administración, a la seguridad social como sistemas y a los capítulos dedicados a las relaciones humanas, no causa sorpresa esta preocupación, puesto que en efecto el propósito de la administración en este caso es manejar a un conjunto sistemático de reglas, para lograr la máxima eficiencia de las formas de estructurar

CUADRO N° 13

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL
1975

Formación de personal
(Promedio 1972-74)

	Directivo	Intermedio	Auxiliar
Argentina	2	2	4
Bolivia	35	—	30
Colombia	182	3291	3894.6
Brasil (1974)	60	27113	10591
Costa Rica	—	—	263.3

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Venezuela, 1976.

CUADRO N° 14

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL
1975

Formación de personal
(Promedio 1972-74)

	Directivo	Intermedio	Auxiliar
El Salvador	20	1296.6	824
Guatemala	65.3	495.3	1528.6
México	70	820	1550
Puerto Rico	66	434	517.3
Venezuela	1	59	210

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Venezuela, 1976.

CUADRO N° 15

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

Principales áreas de preparación

Nivel directivo

Administración Sanitaria
Administración de Hospitales
Cursos de Directivos
Seguridad Social
Organización y Dirección
Relaciones Humanas
Medicina del Trabajo
Rehabilitación

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

CUADRO N° 16

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

Principales áreas de preparación

Nivel intermedio

Especialidades Médicas y Paramédicas
Metodología Estadística
Metodología estadística
Ciencias de la Comunicación
Administración Pública
Epidemiología
Informática
Educación
Cursos Monográficos
Nuevas Técnicas Médicas
Supervisión y Relaciones Humanas
Seguridad Social

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

CUADRO N° 17

ENCUESTA DE LA COMISION REGIONAL
AMERICANA MEDICO SOCIAL 1975

Principales áreas de preparación

Nivel auxiliar

Saneamiento ambiental.
Cursos de adiestramiento para Auxiliares de Laboratorio
Clínico y Químico.
Principios de Enfermería y Dietética.
Primeros Auxilios.
Archivo Clínico.
Procedimientos de Inspección.
Sindicalismo y Seguro Social.

V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.
Venezuela, 1976.

y operar así a un organismo social, o como ha sido definido "administrar es prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar", y todo ello condiciona a un elemento fundamental para la conducción de un sistema integral y complejo como es el de la seguridad social.

Por lo que respecta al personal intermedio, los requerimientos de preparación del mismo, podemos considerarlo en varias áreas, por un parte, el renglón correspondiente a las especialidades médicas que como todos sabemos son sumamente variadas y de una demanda en nuestros respectivos sistemas, se requiere por otra parte una serie de conocimientos derivados de la administración, la comunicación, la informática y la metodología estadística, en vista de que un porcentaje importante de este tipo de personal realiza con frecuencia actividades de asesoría incorporadas en otros

subsistemas, en donde los contenidos de esas diferentes áreas resultan indispensables; finalmente podemos observar en el cuadro N° 17 lo que corresponde al nivel auxiliar, genéricamente podemos señalar que los requerimientos del mismo se encuentran a nivel de adiestramiento, buena parte de él en servicio, puesto que no se trata de personal profesional, sino destinado a labores que no requieren gran complejidad, sin embargo, con actividades específicas, que deben desempeñarse armónicamente en el contexto general.

Por lo que respecta a la ubicación del personal formador por las instituciones de seguridad social, se debe señalar que la capacidad de absorción es alta en todas las instituciones, lo que desde luego está en relación con la formulación de una planificación armónica y congruente con las necesidades institucionales.

Consideraciones generales

Entre los antecedentes que existen acerca de la importancia que en los procesos administrativos de atención a la salud deben tener los recursos humanos, se pueden tomar como referencia algunas reuniones de carácter continental propiciadas por organismos internacionales y estudios específicos por las propias instituciones de seguridad social al través de sus congresos. Estos estudios ponen de manifiesto la necesidad de incorporar personal de diferente jerarquía a los esquemas de atención a la salud.

Fue la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas llevada a efecto en Santiago de Chile en 1972, en la cual se puso especial énfasis en la necesidad de aumentar considerablemente el personal de atención a la salud en sus niveles auxiliares, técnicos y profesionales. En el año de 1975 la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, llevó a efecto en Medellín, Colombia, una reunión latinoamericana de representantes de organismos asistenciales, así como representantes de la educación médica. Esa reunión tuvo carácter de conferencia panamericana, habiendo sido el título de la misma "Recursos Humanos y Atención Médica (personal de niveles medio y básico como factores de cambio en los sistemas de salud)". En efecto, en dicha reunión se hizo hincapié en la necesidad de reforzar los cuadros de personal medio y básico para lograr con ello más amplias coberturas de servicios, hacer posible también la identificación de nuevos elementos que conformarían los equipos de salud y determinar la asignación y reasignación de sus funciones.

En el documento emanado de esa reunión se señalaba lo siguiente:

- El hecho de que era impracticable alcanzar altas coberturas siguiendo patrones tradicionales de atención a la salud.
- Se sugirió por lo tanto fomentar la regionalización y el cuidado progresivo por niveles de atención a la salud, con el objeto de aumentar cobertura.
- En base a esa premisa se exaltó la necesidad de formar y utilizar gran número de personal de niveles medio y básico y la necesidad de transformar el concepto de atención médica por médicos, por la de atención para la salud por equipos de salud.
- La necesidad de hacer explícitas las políticas de salud de las que emanarían los planes nacionales de salud y
- La necesidad de contar con organismos de coordinación interinstitucional.

En nuestro propio nivel y en colaboración con FEPAFEM, la realización de los Talleres Latinoamericanos de Educación Médica y Seguridad Social en 1975, tratando de encontrar más formas de interacción y mayores niveles de compromiso interinstitucional en la formación de recursos humanos.

Podríamos señalar además específicamente las reuniones patrocinadas por el CPISS, la OEA y la FEPAFEM sobre formación de personal para la Seguridad Social en 1971. Las conclusiones del II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social en 1970 y las conclusiones de la Mesa Redonda Mundial, promovida por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, acerca de la "Contribución de los regímenes de Seguridad Social a los Programas de Salud Pública". La participación de la Seguridad Social en todas esas reuniones pone de manifiesto su gran interés en lo que signifique contar con personal cada vez más útil a sus programaciones.

El papel de los organismos internacionales en el campo de los recursos humanos, ha sido de gran importancia y se podría resumir señalando que han pregonado la necesidad de aplicar a este tipo de problemas y a esta gran tarea una metodología racional, enfatizando la importancia de la administración científica y brindando asesoría según el caso lo requiera.

Las instituciones de seguridad social se van destacando en estos terrenos por la incorporación a sus programaciones de avanzados procesos de planificación.

El funcionamiento de los servicios destinados a proporcionar atención médica, de tiempo atrás ha venido descansando en la actuación de un personal de nivel profesional en forma muy destacada, señalándose sin embargo que éste es insuficiente y no ha logrado transformar significativamente el panorama integral de salud de nuestras sociedades. Las proyecciones de la seguridad social a los ámbitos de población no estrictamente derechohabiente, la hace compartir ya, no los problemas de una reducida población, sino en muchos casos el problema nacional de la salud que es sin duda su futuro. Por lo tanto confronta las situaciones derivadas de:

- Crecimiento importante de la población.
- Estratificación en los niveles de la población con necesidades específicas.
- Aumento en la demanda de servicios de atención a la salud.
- Aumento importante de los grupos marginados de la sociedad.
- Aumento en los recursos tecnológicos al servicio de la administración de la salud.
- Escasez de recursos humanos para la atención en los diversos campos de la administración, etc.

Estas y muchas otras razones adicionales han creado en la actualidad consenso general a nivel de todos los países acerca de la importancia que tiene la formación de recursos humanos no solamente dentro del terreno estrictamente profesional, sino que con el objeto de conseguir la máxima utilidad de los recursos profesionales es necesario generar a grupos diversificados de elementos que encajen satisfactoriamente dentro del gran esquema administrativo de atención a la salud.

En la administración de la atención a la salud deberá tomarse en cuenta por lo tanto la necesidad de contar con personal directivo, intermedio y auxiliar, diversificado para que en esta forma se pueda brindar atención

a la salud a los diferentes grupos de nuestra sociedad. Existe también un consenso en el sentido de que los grupos profesionales y paraprofesionales y auxiliares deben organizarse en equipos de salud, en el ejercicio de los mismos, se espera naturalmente estimular las acciones de orden multidisciplinario e interdisciplinario, teniendo estas acciones un marco de referencia conceptual en los objetivos institucionales de la seguridad social.

Por lo que respecta a la enumeración de personal que en un momento dado deba incorporarse dentro de un proceso administrativo de salud, se acepta en la actualidad que no puede pensarse en equipos únicos en su conformación y pre-establecidos en los cuales encajen en número de elementos y que de esta manera deban multiplicarse, sino que se acepta que el concurso profesional y paraprofesional deberá ser acorde a las necesidades que se pretendan solucionar en un momento dado, en una institución, en un grupo poblacional, en un programa específico, etc., lo más importante en todo caso es el concepto de macrosistema de la salud que deben tener, su ubicación consciente en el equipo y su actitud de servicio, situaciones que sólo pueden contemplarse al través de los procesos formativos.

Las consideraciones anteriores permiten comprender que en esas circunstancias y ante la diversidad de necesidades y de proyectos de la seguridad social, el proceso administrativo de formación de recursos humanos deberá sufrir nuevas orientaciones en relación a los patrones actuales y considerarse el hecho de que los planes y programas sólo son operados a satisfacción si se cuenta con el personal con la suficiente capacitación, sentido de responsabilidad y compromiso institucional.

Se deberán establecer además estudios específicos para:

- Planear la formación de personal en forma de equipos.
- Determinar cantidad y niveles de personal suficiente para satisfacer las necesidades institucionales.
- Identificar en base a necesidades de la población los programas específicos a desarrollar.
- Establecer índices de cobertura de población.
- Determinar el peso que los niveles de atención deben tener.

La correcta planeación del personal de salud implica la necesidad de definir el perfil profesional de cada uno de ellos.

El concepto "perfil" entendido por tal la identificación, enumeración y descripción de las características necesarias que debe reunir el personal para desempeñar satisfactoriamente su actividad en un puesto determinado (asignación de funciones), la consideramos de importancia porque contribuye a establecer el enlace entre dos sistemas: el producto del sistema educativo es a su vez insumo, del sistema de salud.

Es importante expresar el concepto para que quien lo considere de utilidad lo aplique en esta tarea, pero necesariamente tiene que hacerse un análisis local y el establecimiento igualmente local del mencionado perfil para los puestos en cuestión de acuerdo con las políticas de salud, el marco institucional, los recursos para la salud, las necesidades específicas de atención médica, las políticas educacionales, los recursos para la educación, etc. Este perfil profesional deberá especificarse para el personal directivo, intermedio y auxiliar, en base a él se establecerán los contenidos formativos a los que debe someterse lo que se espera sea el nuevo recurso humano.

Al mismo tiempo que se pone especial empeño en el cumplimiento de los planes anteriormente enunciados, cobra particular interés la necesidad de diseñar políticas tendientes a la ubicación del personal formado dentro de los diferentes programas institucionales, el ampliar considerablemente el mercado de trabajo, el diseño de políticas que establezcan procedimientos de superación profesional ligados muy estrechamente con las acciones y servicios comunitarios, prestados por los profesionales. Todo lo anterior sirve para resaltar la importancia que dentro de un proceso administrativo de la atención a la salud tiene la política de formación de recursos humanos.

Las instituciones de seguridad social a medida que avanzan en el tiempo, van adquiriendo fisonomía propia como estructuras educativas, inclusive definiendo su propia metodología educativa, de tal manera que en la actualidad cuesta trabajo establecer la tradicional división de instituciones educativas, identificadas como formadoras de profesionales de la salud e instituciones asistenciales, como captadoras de servicios, de esos mismos recursos. La participación de la seguridad social en actividades educativas propias de la institución fundamentalmente tendiente a mantener la actualidad profesional de todos sus elementos, a participar en programas permanentes de investigación en todas sus modalidades, a mantener programas de formación de especialistas en prácticamente todas las ramas del ejercicio profesional y a participar en la formación del personal de nivel básico y en los periodos formativos de estudiantes en el nivel de pregrado, le han conferido personalidad como institución formadora de recursos humanos para la salud.

La encuesta presentada con anterioridad pone de manifiesto la capacidad institucional en la formación de personal directivo, intermedio y auxiliar, y este hecho debe considerarse de gran trascendencia por todas las implicaciones que tiene.

El aspecto formativo del personal, insistimos en sus diversos niveles, no es solamente de orden cuantitativo, pareciera ser que una necesidad a atender prioritariamente, son los aspectos cualitativos, pues bien pudiera ser que ni siquiera un mercado de trabajo ampliamente diversificado resultara el principal polo de atracción al individuo para brindar sus mejores esfuerzos dentro de los programas diseñados para lograr una amplia cobertura de nuestra población, se necesita ciertamente contar con todo un proceso educativo que en mucho deba apartarse de moldes de formación tradicionales, en los cuales como sabemos, se ha dado gran énfasis a las acciones individuales, se ha exaltado el espíritu de competencia, se ha estimulado poco el trabajo en equipo, no se han propiciado las acciones multidisciplinarias e interdisciplinarias.

Se tiene en la actualidad lo que pudiéramos llamar una infraestructura mental, en el sentido de que a nivel de manejo de las ideas se pondera la importancia que tiene, fomentar la formación profesional, paraprofesional y auxiliar en forma de equipos que interactúen en la educación y en el trabajo, se pregona la necesidad de contar con instituciones educativas con nuevos patrones estructurales que ahora se identifican con los nombres de institutos de ciencias de la salud, y dentro de nuestras instituciones de seguridad social se exalta la estructura destinada a la enseñanza y a la investigación como una entidad formadora de recursos humanos.

En la actualidad se están llevando a efecto intentos muy significativos, tratando de establecer mecanismos de relación entre las instituciones de

servicios y las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, con el objeto de obtener un personal cada día más acorde con las funciones y tareas que deberá desempeñar. Adquiere por lo tanto una gran relevancia en el proceso pedagógico la necesidad de establecer el perfil profesional ya aludido en cada uno de los diversos niveles, puesto que esto sería la base para considerar lo que debe ser o lo que se espera sea cada uno de estos elementos.

Se está de acuerdo en propiciar las coordinaciones interinstitucionales para tal fin, inclusive en forma de convenios que permitan establecer normas de acción y compromisos institucionales, sin embargo a esa infraestructura mental que va ganando consenso entre los administradores de la salud en todos los países latinoamericanos, le hace falta ahora propiciar mecanismos cada vez más operantes, más dinámicos que permitan contar con nuevos diseños curriculares, con nuevas instituciones de educación médica, brindando apoyo a sus organizaciones representativas, fortaleciendo la estructura educativa institucional de la seguridad social. Será de esta manera, contando con técnicos procedimientos de planificación apoyados en políticas y objetivos precisos en los capítulos correspondientes a la formación de recursos humanos como podremos integrar en un plazo que no puede ser largo, una pirámide de recursos humanos en el campo de la salud, en la que podamos observar proporción en el personal directivo, intermedio y auxiliar involucrado en el compromiso de transformar el panorama de atención a la salud de nuestras sociedades.