

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXX

EPOCA V

Núms. 129-130

TOMO 1

MAYO - AGOSTO

1981

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	7
VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	9
— TEMA CENTRAL	11
— AUTORIDADES	13
— PROGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS	21
— CRONICA DEL CONGRESO	31
. REUNION PREPARATORIA	31
. CEREMONIA INAUGURAL	33
. PARTICIPANTES	38
. SESIONES DE TRABAJO	39
. INFORME FINAL Y CONCLUSIONES	39
. CEREMONIA DE CLAUSURA	54
— DOCUMENTOS PRESENTADOS CLASIFICADOS POR TEMA	58
— NOMINA DE PARTICIPANTES	65
— X REUNION DE LA COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL	73
PONENCIAS	79
— CARACTERISTICAS DE LOS CUADROS BASICOS EN LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA	81
Documento preparado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social	
— NIVELES DE ATENCION Y CUADROS BASICOS COMO ELEMENTOS DE RACIONALIZACION EN LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS MEDICOS	111
Documento preparado por la Comisión Americana Médico Social	
— NIVELES DE ATENCION Y DETERMINACION DE CUADROS BASICOS: ENFOQUES DE RACIONALIZACION DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	127
Documento preparado por la Organización Panamericana de la Salud	
— PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	163
Documento preparado por la Organización de los Estados Americanos	

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

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS
AMERICANOS

Beryl Frank
Jefe del Area Técnica de Seguridad
Social y Ocupacional
Programa de Desarrollo Social

* Este documento continúa y actualiza el estudio de los principales aspectos administrativos de las prestaciones médicas de la seguridad social, que inició la OEA con motivo del III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, celebrado en Panamá en noviembre de 1972.

I. Presentación

En el presente documento se examinan, en primer lugar, los aspectos administrativos de los servicios médicos de la seguridad social, vale decir, los relacionados con los servicios prestados directamente por el médico, con la hospitalización y con la prestación farmacéutica, que se otorgan a los beneficiarios de las prestaciones médicas de la seguridad social. Se procederá luego a examinar todas las funciones denominadas administrativas dentro de las instituciones de seguridad social, que en una u otra forma tienen relación con los servicios médicos.

Como es el caso de muchas disciplinas en el mundo moderno, los campos administrativo y médico no son opuestos, sino que están estrechamente interrelacionados, por lo que el médico y el administrador deben trabajar en equipo, cada uno complementando la acción del otro y aprendiendo del esfuerzo conjunto.

A través de este análisis se espera obtener algunas conclusiones de interés para los administradores y para el personal médico y paramédico, que contribuyan a facilitar el otorgamiento de los servicios y que la prestación de éstos sea más satisfactoria para los usuarios. Desde luego, no se pretende afirmar que no existen problemas o que todos ellos son susceptibles de soluciones fáciles o inmediatas. En ciertos casos este trabajo no pretende más que plantear algunos interrogantes que deben ser considerados a la luz de la realidad.

II. Introducción

Tradicionalmente en América Latina existía la creencia de que sólo los médicos pueden tomar a su cargo la administración de las prestaciones médicas dentro de la seguridad social. Esta creencia ha existido simultáneamente con una escasez crónica de médicos, por lo que frente a una demanda creciente de servicios y la producción limitada de personal médico, es necesario estudiar de nuevo si realmente se debe confiar sólo a los médicos la administración de servicios que abarca necesariamente otros importantes aspectos administrativos.

Hay que admitir que existen muchas funciones que deben estar en manos exclusivamente de personas egresadas de las escuelas de medicina y no se niega, desde luego, la importancia de dejar al médico la responsabilidad final de las decisiones que afectan directamente la salud del paciente. Al mismo tiempo es evidente que un gran número de médicos en América Latina están dedicando casi la totalidad de su tiempo, dentro de las instituciones de seguridad social, a funciones que pueden estar, en muchos casos, a cargo de administradores, conservando así el tiempo del médico para una mejor utilización profesional.

Es posible que esta práctica de utilizar sólo graduados de escuelas de medicina para administrar todos los aspectos de las prestaciones médicas, se haya originado en una época en la que existía una ausencia casi absoluta de personal debidamente adiestrado para dirigir los aspectos administrativos de un hospital o de una consulta externa.

Alrededor de este problema existen dos actitudes: para una, el manejo de un hospital es tan complicado y tan rodeado de consideraciones científicas que no se puede, en ningún momento, confiar la administración

a una persona que no haya tenido una preparación en el campo médico; para la otra, el médico es un profesional en número limitado cuyo tiempo es sumamente solicitado, por lo que es necesario utilizarlo al máximo en funciones estrictamente médicas. Esta última actitud lleva implícita la ventaja de sensibilizar al personal administrativo en las consideraciones de tipo médico, para que cada una de sus actuaciones administrativas se caracterice por una consideración especial hacia el paciente y sus requerimientos.

Al discutir los aspectos administrativos de las prestaciones médicas de la seguridad social, es necesario distinguir entre la prestación directa de los servicios por parte de las respectivas instituciones y el enfoque llamado indirecto, a través del cual éstas otorgan las prestaciones mediante contratos con médicos, hospitales o instituciones que tienen a su cargo el suministro de servicios a otros sectores de la población.

Es muy común que una institución utilice simultáneamente los dos sistemas, atendiendo a una parte de los asegurados en sus propios servicios y a otra parte mediante la contratación de servicios ajenos. El presente trabajo se refiere a la prestación médica en los servicios propios, controlados directamente por las instituciones de seguridad social, en donde pueden aplicarse métodos administrativos que produzcan los mejores resultados en beneficio del paciente, del médico y de la institución misma.

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

Hasta cierto límite, las cuotas por concepto de enfermedad, pueden ser aumentadas pero los sistemas están llegando rápidamente al momento de preguntarse si es posible por el contrario, aplicar mejor las técnicas de administración para mantener dentro de límites razonables los gastos destinados a financiar los servicios médicos.

Cuando año tras año los sistemas muestran déficit en el financiamiento de los servicios médicos, no se puede seguir ignorando la posibilidad de aplicar las técnicas modernas de administración para conocer exactamente cuáles son los costos imputables a cada establecimiento y a cada clase de servicio. Sólo se estará en capacidad de comparar con los costos de otros establecimientos y servicios de igual dimensión y condiciones análogas, y de saber a dónde comienza el exceso de los límites razonables, para tomar medidas correctivas destinadas a reducir los gastos.

Un factor que ha hecho importante y tal vez imprescindible el control de costos en la prestación de los servicios médicos, es la falta de pago oportuno de la contribución estatal, razón por la cual un gran número de sistemas de seguro social tienen que funcionar con ingresos —en la mayoría de los casos— reducidos por lo menos en una cuarta parte de lo calculado originalmente. La demora de los gobiernos en pagar el aporte estatal ha llegado a tal extremo que el monto de tales contribuciones ya ni siquiera se toma en cuenta al preparar los presupuestos y planes de trabajo. Las deudas acumuladas en ciertos casos son de tal magnitud que no sería prudente ni realista incluirlas en las cuentas a cobrar.

Si en la mayoría de los sistemas las prestaciones médicas representan

los mayores egresos y las perspectivas financieras no son halagadoras debido en parte a la mora estatal, la necesidad de aplicar técnicas administrativas para el manejo y control de las prestaciones médicas resulta más evidente.

La correlación entre las prestaciones médicas y la administración es de tal naturaleza que es a veces difícil establecer con precisión, cuándo una determinada función es estrictamente administrativa o médica, pues es indudable que dentro de un establecimiento médico cada acto administrativo tiene un efecto médico y viceversa. Esto quiere decir que en la práctica debe existir una colaboración constante entre todos los que, en una forma u otra, aportan sus esfuerzos al logro de la meta más importante de la mayoría de los sistemas de seguridad social en la América Latina: el suministro de atención médica adecuada y en forma oportuna a las personas con derecho a ella.

Esta dicotomía entre los aspectos médicos y administrativos tiene que ser eliminada y ya en la práctica o ha desaparecido o está por desaparecer. Cada uno, ya sea médico o administrador, debe estar capacitado e informado en forma tal que comprenda el papel y el aporte que hace el otro y pueda así apreciar el verdadero valor de la acción complementaria y debe colaborar de tal modo que la acción del uno sirva para reforzar la del otro, para que no haya una competencia inútil y desleal que vaya a perjudicar, tarde o temprano, a los que suministran la atención médica, y lo que es más grave, a quienes la reciben.

Hay instituciones de seguridad social en América Latina donde existe una separación completa entre el personal médico y los demás integrantes de la estructura institucional. En algunos lugares esto ha traído como consecuencia una duplicación de casi todas las funciones, lo que va en contra de todos los principios de una administración eficiente.

Los servicios médicos tienen problemas especiales que deben ser tomados en cuenta de manera preferencial dentro del cuadro total de actividades de la seguridad social, pero sin perder de vista que la demanda de atención preferencial también corresponde a otros servicios, por ejemplo, los de procesamiento electrónico de datos, cuyo personal requiere una capacitación muy especializada y cuyos salarios deben ser suficientes para competir con los ofrecidos por el sector privado.

Cada especialidad puede aportar argumentos de cierto peso para una atención o consideración especial y, por tanto, se debe tomar en cuenta la situación particular de cada especialidad. Aunque esto no sea fácil de resolver, de ninguna manera se puede justificar el establecimiento de estructuras administrativas y hasta organizaciones paralelas para los beneficios a corto y a largo plazo.

Las ciencias médicas avanzan cada día más y el proceso de atender a los enfermos resulta cada vez más complejo y caro. El personal médico y paramédico utiliza más equipo y requiere de una capacitación cada vez más especializada. Sin embargo, el reconocimiento de los problemas especiales de las ciencias médicas no justifica la creación y el mantenimiento de estructuras administrativas paralelas en donde se repitan las funciones que se llevan a cabo en otras partes de la organización.

Se dice que una organización separada es necesaria para evitar que el personal no médico asuma el control de los servicios médicos. Este punto de vista tiene que ser confrontado con el otro concepto de que los servicios son ya tan complicados y tan caros que pocos individuos están en capacidad de tener acceso a ellos, y por consiguiente, la sociedad ha adoptado

la técnica del seguro social para garantizar a sus miembros la posibilidad de recibir atención médica. Estos mecanismos traen necesariamente aparejado un control social sobre las actividades del sector médico, aceptándose cada día más la necesidad de este control como un derecho de la sociedad que paga por el servicio. Por ejemplo, es un hecho que los médicos necesitan de una autorización para ejercer su profesión y que tienen que ceñirse a los principios de ética impuestos por sus propias asociaciones profesionales.

La relación médico-paciente seguirá siendo importante dentro de los programas de la seguridad social. Un gran número de personas considera que la organización y suministro de los servicios médicos necesariamente tienen que girar alrededor de esta relación y, por tanto, todas sus ideas sobre la organización y atención médica están basadas en el principio de mantener exclusivamente dicha relación. Sin embargo, a pesar de los inconvenientes que el establecimiento de los seguros sociales en el campo de la salud ha significado para el ejercicio de las profesiones liberales, se puede afirmar que estos programas han hecho una contribución significativa respecto a la cantidad y calidad de los servicios médicos disponibles para el número en constante aumento de asegurados y sus familiares y dependientes.

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

Aunque prácticamente todas las prestaciones concedidas dentro de los sistemas de seguro social están vinculadas en alguna forma a la salud de la población, en el presente trabajo como se ha dicho más arriba la expresión "prestaciones médicas de la seguridad social" se refiere a los servicios otorgados por la institución en hospitales, en consultorios ambulatorios o en el domicilio del paciente, por medio de médicos (generales y especialistas) y de personal paramédico. También comprende la prestación farmacéutica, la atención odontológica, el suministro de aparatos de prótesis y el proceso de rehabilitación.

Se ha mencionado que estos servicios pueden ser otorgados directamente por la institución de seguridad social con su propio personal e instalaciones médicas, o en forma indirecta, a través de personas y entidades con las cuales haya celebrado convenio para que éstos concedan los servicios, siendo el patrón más común en América Latina el sistema directo, el cual se presta mejor que el indirecto a la aplicación de las técnicas de supervisión y al ejercicio de controles.

La experiencia obtenida en regímenes de seguro social que emplean un sistema mixto, utilizando sus propias instalaciones y contratando servicios ajenos para la atención de ciertos asegurados, permite observar que el manejo de los servicios propios facilita el proceso de control sobre el costo

de los que se conceden mediante contratos, y al mismo tiempo comparar el costo de los dos sistemas.

III. Aspectos administrativos de los actos médicos

Servicios prestados por los médicos

El elemento primordial de las prestaciones médicas de la seguridad social consiste en la labor profesional de diagnosticar y curar las enfermedades de los pacientes. En esta labor tan básica, los médicos aplican un enfoque administrativo, cuando por ejemplo, realizan el análisis de cada proceso para conocer sus componentes y decidir si se requiere o no la intervención del facultativo en algunos de ellos.

La tendencia a encargar a una secretaria médica la toma de los datos generales del paciente representa una transferencia de funciones de una persona muy especializada a otra menos adiestrada. Este esfuerzo, destinado a ahorrar el tiempo del médico, demuestra el uso de una técnica administrativa y de buen sentido común que es la esencia misma de una buena administración. El delegar a las enfermeras y a las secretarías médicas muchas tareas que antes estaban consideradas como inherentes a la función del médico indica un cambio de actitud y una aceptación del principio de delegación de funciones que seguramente ha aumentado la productividad del médico, no obstante que es él quien sigue fijando las normas y vigilando su cumplimiento para no perder su control sobre actividades que son esencialmente médicas.

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

La puesta en práctica de los postulados administrativos de la máxima utilización del tiempo en funciones estrictamente médicas, nunca debe interferir con el buen ejercicio de la medicina; por el contrario, debe facilitarlos.

La contratación de personal médico para realizar turnos excesivamente cortos, ha traído como consecuencia que los profesionales distribuyan su tiempo en varios empleos y actividades, desperdiciando así gran parte de aquél en trasladarse de un lugar a otro. Afortunadamente existe la tendencia a abandonar esta práctica, la que se ha visto agravada por el excesivo tráfico de vehículos de las grandes ciudades y en muchos países se ha adoptado el tiempo mínimo de cuatro horas de dedicación a una institución especialmente en los casos de médicos generales. Cuando el médico invierte seis u ocho horas de su tiempo en una institución, es corriente la práctica de distribuirlas en la atención de los pacientes hospitalizados y de los ambulatorios, reduciendo así, aún más, el tiempo que se perdió en viajar de un lugar a otro, permitiendo al médico variar su atención entre dos clases de pacientes, además de darle la oportunidad de seguir el progreso de los pacientes sometidos por él al cuidado del hospital. La consulta entre

médicos de distintas especialidades, característica de la medicina en equipo, está reconocida como una forma ideal de dar al paciente el beneficio de las opiniones de varios médicos que miran el caso desde diferentes ángulos. Esta práctica favorecida por los turnos de más larga duración, no es posible cultivarla en turnos demasiado cortos.

La técnica de la auditoría médica se aplica a la evaluación de los servicios prestados por los médicos. Mediante el uso de estadísticas y equipo mecanizado es posible estudiar, por ejemplo, los días de hospitalización y el consumo de medicamentos, en casos de pacientes con diagnósticos iguales o similares. Son muchos los factores que deben ser tomados en cuenta, pero cuando se presentan variaciones significativas, los médicos supervisores obtienen una base para poder discutir la situación, investigar las razones de la desviación e impartir instrucciones para guía y orientación de los médicos.

La aplicación de este sistema y el conocimiento que los médicos tengan de su existencia puede producir un efecto favorable. Podrá haber personas que se opongan a estas medidas al ver en ellas una limitación de la libertad del practicante. Sin embargo, el crecimiento diario de la demanda de servicios y el aumento en sus costos, hace imprescindible la adopción, por los médicos mismos, de medidas para evitar los abusos de algunos pocos que van en contra del buen nombre de la profesión médica.

Otra medida administrativa aplicada con el fin de controlar mejor la asistencia del personal —el reloj con tarjetas para marcar la hora de llegada y de salida— también ha suscitado protestas enérgicas entre los profesionales médicos que creen que el uso de esta clase de control lesiona la dignidad de personas cuya profesión debe ser sinónimo del "sentido de responsabilidad". Es este otro caso en que abusos de parte de algunas personas ha obligado a las instituciones a aplicar un mismo sistema para todos. A nadie y especialmente a la persona con preparación profesional, le gusta la aplicación de medidas de control de sus asistencia, pero las circunstancias han obligado a las instituciones a poner en práctica ésta tan poco popular.

Hospitalización

Uno de los aspectos médicos que más se presta a la aplicación de técnicas administrativas es el que se refiere a la operación de los hospitales de la seguridad social. En la hospitalización hay aspectos que son eminentemente médicos, por ejemplo: el manejo de los laboratorios, del banco de sangre, de los rayos X, y de los quirófanos. En el manejo de hospitales también hay otros aspectos donde la aplicación de técnicas de administración es lógica y relativamente fácil, como en el régimen de alimentación, la lavandería y el mantenimiento, pero, desde luego, no se deben separar en el régimen hospitalario los aspectos puramente médicos y aquellos que tienen carácter administrativo, porque es precisamente la integración de los dos enfoques, el médico y el administrativo, la que da al centro hospitalario en todas y cada una de las facetas de su manejo, las cualidades que caracterizan a un establecimiento eficiente que tengan a la vez el necesario calor humano.

Hay en los hospitales normas y exigencias de limpieza y esterilización cuya razón de ser tiene su origen en su función básica: el cuidado de los enfermos. La cocina, la lavandería, la ropería y en general todo el hospital y su personal, tienen que ser mantenidos en condiciones higiénicas que

estén de acuerdo con el carácter del establecimiento. El suministro de muchos de los servicios tiene un carácter administrativo, pero nunca se debe olvidar la naturaleza básica del hospital.

En la misma forma que funciones a veces denominadas administrativas deben ser compenetradas con consideraciones médico-científicas, también es necesario emplear criterios administrativos en el manejo de aspectos hospitalarios que siempre se han considerado estrictamente de carácter médico. Todo el mundo sabe que la forma más económica de aumentar el número de "días-cama" disponibles en un hospital de agudos consiste en acortar al mínimo posible la estancia de los pacientes para aumentar la rotación de camas. ¿Hasta qué grado son las deficiencias en la administración de un hospital responsables de prolongar innecesariamente la permanencia de los pacientes? ¿Cuánto tiempo transcurre entre la toma de exámenes de laboratorio y placas de rayos X y el suministro de los resultados al médico tratante?

Los informes anuales preparados por unas pocas instituciones de seguridad social en América Latina, dan pruebas del progreso que se ha logrado en reducir las estancias hospitalarias y de las posibilidades de mejorar la utilización de las camas existentes, sobre todo cuando la construcción y el mantenimiento de cada "cama hospitalaria" han llegado a costar sumas astronómicas debido a los avances científicos y a la necesidad de importar gran parte del equipo de países altamente desarrollados, donde los costos de los productos manufacturados también son muy elevados.

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

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

Sería posible dar un número infinito de ejemplos dentro de la vida compleja de un hospital para demostrar los beneficios de la aplicación de la metodología administrativa para el estudio y resolución de los múltiples problemas que se presentan diariamente, por lo que en la misma forma que se está dando a los administradores una capacitación especializada para colaborar con los directores médicos de los hospitales, es necesario que estos últimos reciban una preparación en el campo administrativo.

La importancia y el costo de la hospitalización dentro de las prestaciones médicas de la seguridad social son hechos de sobra conocidos. Cada día los países latinoamericanos evidencian su preocupación por el buen manejo de los hospitales, incluyendo los que son de propiedad de las instituciones de seguridad social. Se están formando más administradores para coadyuvar a las labores de los médicos en la dirección de los hospitales

y a la vez, hay un número creciente de médicos que se interesan por el estudio de la administración hospitalaria.

Estas tendencias representan una contestación efectiva al actual uso y al costo siempre en aumento que se observa en los hospitales y que reclama una atención preferencial de las autoridades de la seguridad social. La época de la improvisación y de los autoadiestrados ha terminado; la especialización en materia de administración de hospitales está plenamente reconocida y es un augurio favorable para el futuro.

Provisión de productos farmacéuticos

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

Es evidente que este beneficio se presta a grandes abusos. En países donde el nivel de ingresos es generalmente bajo, uno de los mayores problemas es el del beneficiario que vende las medicinas a personas que no tienen derecho a recibirlas. Otro problema surge del enorme número y variedad de medicinas y del interés natural de los productores y vendedores de colocar sus productos farmacéuticos y de su deseo de dar énfasis a los nombres comerciales que representan. Para combatir estos problemas, los seguros sociales procuran que los médicos prescriban sólo las cantidades realmente necesarias para el restablecimiento de los pacientes evitando así excedentes que sirvan para la venta a terceros o que se pierdan por falta de uso.

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

Además de los problemas arriba mencionados, que tienen el efecto de aumentar los gastos por concepto de productos farmacéuticos, también hay otros relacionados con la compra de medicinas en cantidades suficientes para obtener precios bajos de los productores. Es necesario, en primer lugar, que las instituciones de seguridad social mantengan sistemas eficientes para conocer el uso de cada producto en un periodo determinado. Esto debe hacerse para evitar pedidos que sean excesivos en relación a las necesidades y teniendo en cuenta la fecha de vencimiento de cada producto. La instalación de buenos sistemas para el control de existencias y suministros es una tarea administrativa que tiene la posibilidad de reducir mucho los gastos por concepto de productos farmacéuticos. Además, los equipos para el procesamiento de datos fácilmente pueden ser utilizados para poner en práctica un sistema de tal naturaleza.

Sin duda alguna, el área de los productos farmacéuticos es de las que más se presta a la aplicación de técnicas administrativas. Naturalmente,

la puesta en práctica de los medios de control está supeditada a la existencia del sistema directo de suministro de las medicinas por la institución. Puede haber, y efectivamente hay, abusos en las dos alternativas, pero el suministro directo da a la institución la posibilidad de establecer un mejor control.

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

Con la constante alza en los precios y en la demanda de los productos farmacéuticos, los gastos por concepto de medicinas representan uno de los rubros más importantes dentro del costo general de las prestaciones médicas. Con la utilización de técnicas administrativas es posible conocer el consumo de medicamentos prescritos por cada médico y compararlo con el número de consultas o con los respectivos diagnósticos, para determinar quiénes son excesivamente generosos y tomar medidas contra los médicos que en esa forma descuidan los intereses de la institución. Seguramente son pocos los médicos que se prestan a la práctica del gasto excesivo de medicamentos, pero en todo caso la existencia de medidas efectivas de control limita abusos semejantes.

IV. Las principales funciones administrativas de las instituciones de seguridad social y su relación con las prestaciones médicas

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

La relación entre los sectores administrativo y médico tiene que ser recíproca debiendo cada uno respetar la competencia especializada del otro; en esta forma ambos sectores pueden coadyuvar en la empresa común de lograr las metas propuestas. Sólo a través del respeto mutuo puede haber el ambiente que favorezca un esfuerzo positivo en favor de los asegurados.

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

Información pública

Los servicios destinados a informar al público sobre las actividades y los beneficios de una institución de seguridad social pueden colaborar en una forma muy efectiva con las dependencias encargadas de los servicios médicos. Es importante informar al público sobre la documentación que cada asegurado o sus dependientes deben traer consigo para comprobar su derecho a recibir atención médica.

Dentro de las instalaciones médicas, los servicios de información pú-

blica pueden poner a la disposición de los pacientes una amplia información sobre cómo utilizar los servicios de la consulta externa y del hospital. Esta clase de información puede servir el doble propósito de facilitar la administración de los servicios médicos y de ahorrar tiempo al beneficiario, evitándole visitas repetidas y otros inconvenientes que son siempre molestos y que frecuentemente no son más que el resultado de la incomprensión del usuario de cómo funciona el servicio y de cómo debe actuar para aprovechar al máximo las posibilidades de recibirlo adecuadamente.

Una función muy importante de toda oficina de información pública dentro de una institución de seguridad social, es la de explicar a los asegurados y a sus familiares la importancia de requerir los servicios sólo cuando realmente los necesitan y de no simular enfermedades en ningún caso para obtener beneficios que no les correspondan.

Existe de parte de muchos derechohabientes la actitud de que por el hecho de pagar contribuciones (a veces en forma simbólica) para tener derecho a recibir servicios médicos es necesario utilizarlos aun cuando realmente no estén enfermos. Esta práctica, además de recargar innecesariamente los servicios médicos y elevar los costos, impide el acceso de las personas realmente enfermas. En algunos países los funcionarios acostumbra acercarse a los sindicatos para solicitar la cooperación de sus miembros en evitar el abuso de los servicios en detrimento de los compañeros enfermos.

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

Los servicios de información pública pueden cooperar enormemente con las autoridades médicas promoviendo campañas de prevención de enfermedades (por ejemplo, sobre la importancia de vacunar a los niños contra ciertas enfermedades a una edad determinada), campañas en favor de un régimen balanceado de alimentación y campañas contra accidentes en el hogar, en el trabajo y de tránsito.

Se ha dicho que en materia preventiva los seguros sociales de América Latina no han hecho todo lo posible para educar a la población derechohabiente en cómo promover la salud y prevenir las enfermedades. Hay un vasto campo en el que los servicios de información de las instituciones de seguridad social pueden cooperar con las direcciones médicas de las mismas. El tiempo que gran número de personas consume en la sala de espera de los consultorios debería ser aprovechado en forma constructiva, desplegando cartelones y suministrando folletos atractivos que lleven mensajes a los asegurados y a sus familiares sobre muchas facetas de la salud.

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

Capacitación

En lo que se refiere a la capacitación de personal, en campos para los cuales hay mucha demanda como es el caso de personal médico y paramédico, las instituciones de seguridad social han hecho un gran aporte estimu-

lando la capacitación a través de becas y de contratos con garantía de empleo; hay instituciones por ejemplo, que financian los estudios en escuelas de medicina y de enfermería con la condición de que los favorecidos les presten servicios una vez recibido el título respectivo, y en forma creciente se están utilizando las instalaciones médicas del seguro social para adiestramiento de los estudiantes de medicina y de los residentes en la fase de posgrado.

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

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

Una de las nuevas tendencias en el campo de la salud es la de aliviar el trabajo del médico preparando secretarías médicas que puedan ahorrarle tiempo en la toma de información de los pacientes y en otras tareas que requieran la supervisión, pero no la intervención constante del médico.

En este mismo orden de ideas, existe la posibilidad de preparar personal que tome a su cargo el mantenimiento de postas médicas en lugares apartados que el médico atiende de vez en cuando dejando instrucciones para el tratamiento de los pacientes. A medida que mejoren los medios de comunicación (caminos, teléfonos, etc.) la capacitación de esta clase de personal "submédico" puede ofrecer una de las soluciones más viables al problema de la escasez de médicos.

Uno de los aportes que los servicios comunes de capacitación pueden ofrecer en relación con las prestaciones médicas, consiste en sensibilizar a los médicos y al personal paramédico con elementos de relaciones humanas, inculcando así en todos estos funcionarios un respeto para la persona, por humilde que sea, y la necesidad de un trato de acuerdo con la dignidad humana. Esto no quiere decir que sólo los funcionarios vinculados con el aspecto médico del seguro social requieren de esta clase de adiestramiento, el cual es por el contrario, indispensable para todos los que deben servir los intereses de los asegurados y sus familiares a través de la seguridad social.

Administración de personal

La oficina de personal en una institución de seguridad social puede colaborar con la dirección médica a través de la fijación de normas que regulen la definición de funciones, responsabilidades y niveles de pago de las distintas clases de funcionarios que prestan sus servicios dentro del ámbito de los servicios médicos.

Los principios de la moderna administración de personal rigen con la misma efectividad en el caso del personal médico que con respecto a los demás funcionarios de una institución de seguridad social. No es común

que el director médico sea un experto en el campo de administración de personal, pero sí debe apreciar la utilidad que puede representar la clara definición de funciones y responsabilidades de cada uno de sus funcionarios. Sin duda alguna, hay elementos de juicio que requieren conocimientos médicos y es importante que el director de personal y el director médico comprendan exactamente cuál es el aporte que cada uno puede ofrecer y los beneficios que una colaboración eficaz puede traer a la institución.

El número de huelgas que ha ocurrido entre el personal médico y paramédico de las instituciones de seguridad social, indica claramente que existe la imperiosa necesidad de prestar mayor atención al establecimiento de un sistema técnicamente diseñado de salarios y beneficios colaterales. Como resultado de la falta de una correcta relación entre requisitos educativos y salarios se produce la fuga de personal preparado hacia países que ofrecen mejor remuneración al personal capacitado.

La colaboración de una oficina de personal puede contribuir a aliviar la presión que se ejerce sobre los jefes de servicios médicos para que seleccionen y promuevan personal con base en amistades e influencias.

Para asegurar, hasta donde sea posible, la presencia de personas capaces en el mayor número de puestos, deben aplicarse criterios técnicos.

Un punto bastante espinoso en el que la oficina encargada de dictar y aplicar normas en el campo de personal puede colaborar con los jefes de los servicios médicos, es el que se refiere al control de la asistencia y a la aplicación de medidas disciplinarias, para lo cual deben existir reglas precisas y es muy saludable que los mismos afectados participen en su elaboración.

Ningún profesional acepta complacido la imposición de este tipo de reglas, pero una de las fuentes de queja de los beneficiarios es la costumbre de ciertos médicos de no cumplir con el horario acordado entre ellos y la institución de seguridad social. Por ello existe la necesidad de reglamentar y controlar la asistencia de los médicos, igual a como se hace con los demás funcionarios que prestan servicios a las instituciones de seguridad social.

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

Servicio social

Los servicios médicos de gran parte de las instituciones de seguridad social utilizan el servicio de asistentes sociales como complemento de la acción puramente médica requerida para ayudar al paciente en la recuperación de su salud. Durante las épocas de enfermedad, el paciente y su familia frecuentemente necesitan la colaboración de asistentes sociales que les ayuden a ajustarse a las exigencias de la enfermedad, como por ejemplo, en el caso de invalidez en que la curación física frecuentemente tiene que ver con el estado de ánimo del paciente y de su familia. El servicio social puede actuar como nexo entre el médico y el paciente y su familia, ahorrando tiempo al médico y reforzando sus explicaciones al paciente y a sus familiares.

La comprensión y aceptación del paciente de su estado y de la necesi-

dad de emprender un programa de rehabilitación con el objeto de capacitarlo para otra clase de trabajo, es parte integral e indispensable del proceso y los asistentes sociales pueden hacer una contribución muy significativa a la educación del paciente.

Cuando el jefe de familia está ausente del hogar por largos períodos de tiempo por razones de enfermedad, surgen en el hogar problemas que posiblemente requieren de los consejos del asistente social. El enfermo se siente con menos preocupaciones cuando sabe que su familia pueda recurrir a los servicios sociales de la institución de seguro social en cualquier emergencia.

Las unidades de servicio social de algunos países, están limitadas en sus funciones a coadyuvar en la administración de la ley de seguridad social. En muchas instituciones se utilizan los asistentes sociales como meros investigadores, práctica que les pone en una situación difícil frente a los asegurados y hace también difícil ganar la confianza de los derechohabientes.

En otras instituciones, reconociéndose que las prestaciones médicas y las de la seguridad social en general no son suficientes para enfrentar todas las necesidades del ser humano, encargan a las oficinas de servicio social el deber de servir de enlace con otras agencias sociales de la comunidad que puedan ofrecer servicios sociales o ayuda en dinero o en especie a los asegurados y a veces también a sus familiares.

Transporte

Los servicios médicos constantemente requieren de un servicio eficiente para transportar enfermos, personal médico, equipo y medicamentos. La provisión rápida de este servicio frecuentemente significa la diferencia entre vida y muerte para un paciente.

Vehículos que no pueden funcionar por falta de repuestos o porque requieren reparación no sirven para los fines de la institución, y por ende, de los servicios médicos. Es este otro caso que demuestra que las prestaciones médicas de la seguridad social constituyen uno de los más importantes beneficios que un organismo de esta naturaleza puede conceder y que todos los elementos del aparato administrativo tienen que funcionar siempre con eficiencia para que los demás respondan a sus fines particulares.

Hay personas que creen que la solución a cada problema administrativo consiste en la creación de un servicio independiente y exclusivo para la unidad que pueda tener una demanda especial del mismo, en vez de estudiar a fondo los defectos a fin de corregirlos. Como resultado final se produce un problema de coordinación entre distintas dependencias de una misma institución. Sin embargo, los servicios de transporte deben ser centralizados en lo que se refiere a la adquisición, mantenimiento y reparación de vehículos, aunque se pueda descentralizar la autoridad para efectos de control en el despacho de los que están asignados al uso exclusivo de los servicios médicos.

Planificación

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

extensión a nuevas áreas geográficas y a nuevos grupos ocupacionales. Las características de las nuevas áreas y grupos deben ser estudiadas para conocer sus medios de comunicación, sus movimientos estacionales, sus ingresos, las fuentes de trabajo, el número y la composición de las familias, sus expectativas económicas y sociales y sus patrones culturales. Toda esta información es necesaria, tanto para la extensión de las prestaciones médicas como para la implantación de un sistema de beneficios a largo plazo y aunque hay requerimientos especiales y adicionales en lo que se refiere a recursos humanos y equipo cuando se propone otorgar servicios médicos, las técnicas para la recopilación y análisis de datos son similares. Por tanto, los servicios de planificación de las instituciones de seguridad social deben estar a la disposición de los servicios médicos y utilizar la colaboración de técnicos especialmente capacitados en la planificación de los servicios de salud.

Contabilidad y presupuesto

Las unidades administrativas de una institución de seguridad social que tienen a su cargo las funciones contables y la preparación y control del presupuesto deben satisfacer a todas las dependencias incluyendo los servicios médicos. Para administrar correctamente, los ejecutivos que dirigen los servicios médicos tienen que poseer información completa y actualizada sobre el costo y rendimiento de sus actividades a fin de determinar si sus estimaciones son correctas o si algunos rubros o establecimientos tienen costos excesivos, sea para estar en capacidad de analizar las actividades ejecutadas bajo su dirección y corregir oportunamente tendencias o acciones mal encaminadas, o, por el contrario, para continuar y reforzar las que están produciendo los resultados deseados.

Los edificios y equipos dedicados a la prestación de servicios médicos están sujetos a depreciación, tienen que ser reparados y reemplazados oportunamente de acuerdo a un plan ordenado. La institución tiene que tomar las provisiones oportunas para la financiación adecuada en el momento que se necesita. Estos pasos requieren la ejecución de técnicas administrativas que, aunque sean de sentido común, no siempre son aplicadas en la debida forma y oportunidad. Los administradores no son médicos y tampoco todos los médicos dominan la parte administrativa. Por consiguiente, debe de existir una relación constante y coordinada entre las personas dedicadas a estas disciplinas, para beneficio de la institución y de las personas que dependen de ésta para la preservación de su salud.

Los costos siempre altos y crecientes de las prestaciones médicas de la seguridad social son un testimonio elocuente de la necesidad impostergable de poner en práctica los postulados de contabilidad y control de presupuestos en relación con los servicios médicos de los seguros sociales de América Latina ya que existen por otra parte limitaciones económicas y oposición de carácter político a la idea de aumentar constantemente los aportes destinados a financiar los servicios médicos.

Es bien sabido que los avances de la medicina en el tratamiento de los enfermos son responsables en gran parte del alza de los costos, pero los mismos factores limitantes mencionados exigen la aplicación de técnicas modernas de administración que permitan tomar medidas correctivas más aceptables al público que la elevación constante de las tasas de contribución.

Organización y métodos

La oficina encargada de estudiar los detalles de la organización y los métodos con fines de mejorarlos, otorga un servicio administrativo muy útil a todas las dependencias que debe ser aprovechado por todos los componentes de la institución de seguridad social.

Se acepta que hay procesos en el otorgamiento de las prestaciones médicas que requieren conocimientos especializados en el campo de la medicina. Por consiguiente, cuando la oficina de organización y métodos colabora con los servicios médicos, debe contar con la cooperación del personal de esa rama para sumar su capacidad a las técnicas normalmente utilizadas, con el objeto de analizar y mejorar los sistemas y procedimientos usados en el otorgamiento de las prestaciones médicas de la seguridad social.

Es pertinente repetir una vez más la advertencia contra la duplicación de unidades especializadas dentro de un mismo organismo. Siempre es posible que las experiencias y lecciones aprendidas en el estudio de otras reparticiones tengan su utilidad y puedan ser transferidas al de los aspectos médicos. Las dependencias de organización y métodos, así como las demás de carácter administrativo, pueden perfectamente cooperar en el aumento de la eficiencia y el rendimiento de los servicios médicos. En este aspecto, como en los demás, se requiere una disposición favorable para cooperar en el proceso de estudio y aprovechar los resultados. Considerando los altos costos de las prestaciones médicas, parece muy recomendable utilizar las técnicas de organización y métodos con los fines de aumentar el rendimiento del personal y mejorar el servicio a los beneficiarios.

Asesoría jurídica

Cuando una institución de seguridad social incluye prestaciones médicas en su esquema de beneficios —como es generalmente el caso de América Latina— existe siempre la posibilidad de que los beneficiarios no satisfechos por la cantidad o calidad de los servicios recibidos tomen acción legal.

Casi todos los regímenes, si no todos, prevén recursos legales o algún sistema de apelación de las decisiones de las autoridades médicas. En estos casos, la oficina que tiene a su cargo los asuntos legales del organismo de seguridad social tiene que cooperar con las autoridades del servicio médico para estar en capacidad de asegurar que el personal médico o paramédico ha actuado bien y de acuerdo con los postulados de la ley y de los reglamentos pertinentes. Normalmente, las instituciones tratan de estudiar las quejas y si éstas son justificadas, los abogados recomiendan las medidas que den satisfacción al beneficiario.

Felizmente los casos de esta naturaleza son pocos y el solo conocimiento entre el personal médico y paramédico de que los derechohabientes pueden apelar a sus decisiones, es suficiente para garantizar un trato justo. Los problemas surgen, por ejemplo, cuando una institución carece de los recursos humanos o científicos para tratar casos difíciles y el asegurado reclama el derecho a ser tratado por otro médico o en otro establecimiento fuera del ámbito del seguro social a veces en el extranjero y el gasto implicado es de gran magnitud. En estos casos los médicos tienen que emitir opinión sobre la necesidad de recurrir a otras fuentes de tratamiento. Lo importante es que los encargados de los servicios médicos puedan contar con la

necesaria asesoría legal cuando la requieran y es evidente que para esto debe existir una estrecha relación entre los abogados y los médicos al servicio de la institución.

Recaudación

Es probable que muchas personas crean que existe poca relación entre las prestaciones médicas de una institución de seguridad social y la función recaudadora de la misma. Sin embargo, sin una adecuada recaudación tampoco puede existir la adecuada financiación de los servicios médicos.

La imagen que normalmente se tiene de la institución, sea o no favorable, se origina en parte en la opinión del público sobre la calidad de los servicios médicos. En un país donde los servicios médicos tienen buena fama se facilita la tarea de recaudación de los fondos y los trabajadores mismos colaboran mejor insistiendo en que sus patrones cumplan con sus obligaciones para asegurarse el derecho a utilizar los servicios.

Un sistema de seguridad social es un engranaje delicado en que todas las partes juegan su papel. El contacto principal y más frecuente del público con un sistema de seguridad social es a través de los servicios médicos y éstos pueden contribuir de hecho a facilitar la tarea del cobro de los aportes.

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

Inscripción

La determinación de las personas con derecho a recibir prestaciones médicas dentro de una institución de seguridad social comienza con la función de inscribir a los asegurados y también a sus familiares en los casos en que éstos gozan del derecho a recibirlos. Igual que en el caso de la recaudación, la tendencia a evadir el proceso de inscripción está en función del grado de receptividad de que gozan los servicios médicos dentro de la población legalmente sujeta a la ley de seguridad social.

La administración de un sistema de seguridad social no es nunca tarea fácil, pero la clave del éxito está en la cooperación recibida de los patrones y sus trabajadores. Si ellos quieren cooperar —porque todo el mundo sabe que los servicios médicos son oportunos y eficientes y que los pacientes son tratados con consideración desde el punto de vista humano y médico— habrá una tendencia bastante generalizada entre el público de querer ser asegurado para disfrutar de la protección de su salud. No sucede lo mismo con las prestaciones a largo plazo porque por lo menos para los jóvenes la perspectiva de poder gozar de una pensión es muy lejana y nadie la considera como una ventaja inmediata y una razón apremiante para afiliarse al seguro social.

El número que se asigna a los trabajadores como consecuencia de la inscripción como un medio parcial de identificación, generalmente sirve como número de su historia clínica y esto constituye otro ejemplo de la relación existente entre el proceso administrativo de la inscripción y los servicios médicos. Es recomendable que se utilice el mismo número en los dos servicios para disminuir las posibilidades de error. El uso del número de inscripción para identificar al asegurado en los actos médicos, reforzará en él la importancia de conservarlo y de tener uno solo. Es éste un buen ejemplo de cómo las actividades en dos esferas distintas de una misma organización deben estar coordinadas para apoyarse mutuamente.

Mecanización

Casi todas las instituciones de seguridad social han establecido dependencias dedicadas a procesar datos con rapidez por medio de máquinas. Puede haber diferencias en la edad, la marca del equipo, la clase de trabajos para los cuales se utiliza, así como en el nombre y la ubicación de la unidad destinada a procesar los datos. Lo que sí es cierto es el interés de todas las instituciones de agilizar el procesamiento y la utilización del enorme volumen de información que necesariamente tienen los organismos dedicados a la administración de los seguros sociales.

Esta herramienta administrativa facilita la recolección y análisis de estadísticas, la preparación de nóminas y cheques de pago para los funcionarios y para los pensionados y jubilados y el mantenimiento de las cuentas individuales de los asegurados, indispensables para hacer efectivo el pago de algunas prestaciones en dinero.

Se mencionan sólo unas pocas aplicaciones con el objeto de dar una idea de sus posibilidades. Además, en el campo de las prestaciones médicas, las máquinas han demostrado su utilidad para el suministro y control de los productos farmacéuticos y para la preparación de las estadísticas relativas al número y costo de los servicios médicos y de la morbilidad y mortalidad.

La mecanización, como se ha dicho, es una herramienta administrativa y sus usos en el campo médico de la seguridad social son numerosísimos, estando limitados solamente por los volúmenes y costos.

Con su gran velocidad, las máquinas se justifican cuando la carga de trabajo es considerable. Los costos de su alquiler y compra son altos por lo que los equipos tienen que ser dedicados no sólo a la producción de datos, es decir, la justificación de su costo está vinculada al uso que se hace de la información producida, la cual debe ser estudiada y analizada para que las autoridades de la institución tomen las decisiones. La información permite a los ejecutivos actuar no sólo en base a la intuición, sino en la propia experiencia institucional.

Las modernas computadoras y su equipo periférico deben ser algo más que símbolos de prestigio para una institución, debiendo ser utilizados más que como una imprenta rápida y alimentados con información completa y veraz. El número y variedad de los trabajos deben guardar relación con la capacidad del equipo, las horas de su utilización y la inversión hecha. La mecanización representa un gran beneficio para toda la administración de un organismo, incluyendo los servicios médicos, siendo la imaginación del hombre el único factor realmente limitativo a este respecto.

Concesión de prestaciones en dinero

Una de las principales funciones de una institución de seguridad social consiste en el otorgamiento de subsidios y pensiones a los asegurados y sus dependientes a causa de la incapacidad del trabajador.

Muchas de las decisiones para pagar prestaciones en efectivo están basadas en una determinación de tipo médico respecto a la salud del asegurado. En los seguros sociales el médico hace algo más que tratar al enfermo; ya que prácticamente mediante su dictamen decide que la institución pague los beneficios en dinero.

Se ha dicho que los médicos poseen cheques en blanco que ellos pueden girar contra los fondos de la seguridad social, lo cual se aplica en los seguros de enfermedad, maternidad, invalidez y riesgos profesionales. Además, en América Latina, en donde casi es inexistente el seguro de desempleo, la determinación del médico para que su paciente observe un descanso remunerado, ha llegado a ser, en algunos casos, un sustituto de aquél para aquellos que recientemente han perdido su empleo y continúan incapacitados. En los seguros de enfermedad y maternidad los períodos de descanso pagado son relativamente limitados en su duración, pero por lo general el número de casos es considerable. En lo que se refiere a invalidez, ya sea o no de origen profesional, las decisiones del médico pueden afectar períodos de larga duración por lo que en estos casos está sujeto a presiones especialmente del paciente y de la propia institución.

Casi todos los seguros sociales de maternidad incluyen entre las prestaciones subsidios de lactancia consistente en una suma de dinero, o en productos lácteos para asegurar que los niños recién nacidos dispongan de suficiente alimentación cuando las madres sean declaradas por los médicos incapaces de amamantar a sus hijos. Una vez más es la declaración del médico la que determina el monto del gasto en que debe incurrir la institución para financiar un beneficio, ya sea en especie o en dinero.

Servicios de estadística

Toda institución de seguridad social mantiene una oficina encargada de llevar la estadística de las actividades desarrolladas. La bioestadística como rama especializada y los datos sobre morbilidad y mortalidad requieren de conocimientos especializados por lo que normalmente dentro de las unidades estadísticas existen secciones especiales o personas versadas en esta clase de trabajo. Como es frecuente que el volumen de datos en el campo médico sea el más considerable, el jefe de estadística puede, inclusive, ser un médico especializado en la materia.

El propósito de la estadística, ya sea económica o médica, es dar a los ejecutivos del organismo una base para la evaluación de sus actividades y para tomar decisiones respecto al futuro. Por ejemplo, existe una relación muy estrecha entre los datos relativos al número de días subsidiados por concepto de enfermedad y el número de consultas médicas, en lo que se nota una vez más la vinculación entre los sectores económico y médico de la misma institución.

Hay técnicas para recoger y presentar datos, las cuales están íntimamente vinculadas a la posibilidad de utilizar la información con el fin de preparar la planificación de las actividades y cuando los que recolectan y analizan los datos están separados en compartimentos aislados por especialidad, los técnicos y la institución donde ellos prestan sus servicios pier-

den las ventajas de un enfoque interdisciplinario en la solución de cada problema, sobre todo si se considera que la conclusión que resulta del estudio de una información estadística no siempre es la misma para todas las personas que la utilizan. Una persona con formación administrativa posiblemente dé a una misma información una interpretación muy distinta a la de una persona con preparación médica.

Parece evidente que no es justificable la existencia de dos oficinas de estadística —una para datos médicos y otra para las demás informaciones— dentro de una misma institución de seguridad social. Los expertos contables, médicos y otros, pueden opinar sobre la información que se debe recolectar y la forma de presentarla, teniendo todos ellos oportunidad de analizar los datos resultantes, extraer sus conclusiones y formular recomendaciones a los encargados de guiar los destinos de la institución. Pero esto puede llevarse a cabo con la cooperación de personas de distinta disciplina y formación, que deben como miembros de una misma dependencia, dirigir sus esfuerzos al cumplimiento de las metas de la entidad, que no son diferentes para los médicos y para los administradores. Todos pueden aprovechar los beneficios del análisis estadístico facilitado en nuestra época por la utilización de computadoras de gran capacidad y velocidad.

V. Conclusiones

De lo expresado en este documento es evidente que entran y deben entrar en juego consideraciones de tipo administrativo en el suministro de las prestaciones médicas de la seguridad social. Se ha indicado que en los tres componentes principales de estas prestaciones, los servicios de los médicos, la hospitalización y el suministro de productos farmacéuticos —que son todos escasos y de alto costo— la aplicación de técnicas administrativas es ya un hecho, pero las posibilidades de este tipo están lejos de haber sido totalmente agotadas.

Hay una imprescindible necesidad de utilizar al máximo los recursos que de por sí son limitados. Esto requiere el diseño de normas científicamente concebidas y su aplicación efectiva y controlada a través del análisis estadístico y de la supervisión directa. Si no se lleva a la práctica la administración científica de las prestaciones médicas, se corre el peligro de que los costos sigan subiendo hasta el punto de poner en peligro la estructura financiera de las instituciones de seguridad social y de limitar la capacidad de éstas para cumplir con sus objetivos.

Se ha discutido mucho la relación entre los médicos y los administradores que son los responsables de proveer las prestaciones médicas a la población con derecho a estos servicios. Esta relación está en proceso de cambio en la medida que los directores médicos de los hospitales adquieren mayores conocimientos administrativos y la profesión de administración hospitalaria adquiere más prestigio y reconocimiento en América Latina.

La interacción entre estas dos clases de profesionales es un proceso delicado que requiere mucha comprensión de parte de los dos sectores, a fin de producir una dirección armoniosa en las prestaciones médicas que redunde en un verdadero beneficio para los derechohabientes y en que el director médico tiene que permitir que funciones que anteriormente eran más del dominio exclusivo de los médicos sean delegadas al administrador.

Con mucha razón los médicos no han querido aceptar la dirección de

personas con formación profesional diferente y por ello, es necesario siempre que sea posible, trazar la línea divisoria entre lo que corresponde a cada campo. Como se ha visto a través de estas páginas, esto no siempre es fácil y requiere de una colaboración muy estrecha entre las dos disciplinas hasta que ambos grupos lleguen a funcionar como un verdadero equipo.

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

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

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

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

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