

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXXI

EPOCA V

Núms. 135-136

MAYO - AGOSTO

1982

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.
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL. REUNIONES DE LA COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL . . . . .	5
— REUNION INTERAMERICANA DE LA COMISION DE ESTUDIO DE LAS PRESTACIONES FARMACEUTICAS EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	7
SEMINARIO INTERAMERICANO SOBRE LA RACIONALIZACION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA . . . . .	27
— SEMINARIO INTERAMERICANO DE ADMINISTRACION DE UNIDADES MEDICAS . . . . .	49
DOCUMENTOS . . . . .	71
— MEDIDAS TENDIENTES A RACIONALIZAR, DENTRO DE LOS REGIMENES DE ASISTENCIA MEDICA, EL VOLUMEN Y EL COSTO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS . . . . .	73
Dr. Luis Landa Verdugo	
— SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS . . . . .	95
Ing. Jesús Salvador Bautista Vidal	
— LA FUNCION DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION . . . . .	101
C.P. Daniel Peña Gómez	
— CONTROL DE CALIDAD . . . . .	119
Ing. Héctor R. Margáin Ancira	
Arq. Rodolfo Peregrina Valenzuela	
Dr. Enrique Estévez Valenzuela	
— ESTRATEGIA DE NIVELES DE ATENCION PARA SISTEMAS DE SALUD . . . . .	127
Dr. Ramiro Sillas Moreno	

**CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS  
SOBRE SEGURIDAD SOCIAL**

**REUNIONES DE LA COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL**

- Reunión Interamericana de la Comisión de Estudio de las Prestaciones Farmacéuticas en las Instituciones de Seguridad Social.
- Seminario Interamericano sobre la Racionalización del Costo de la Atención Médica.
- Seminario Interamericano de Administración de Unidades Médicas.

**— SEMINARIO INTERAMERICANO SOBRE LA RACIONALIZACION  
DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA**

México, D.F., 22 al 26 de marzo de 1982

Esta actividad cumple con el programa docente del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social para el año de 1982, con las recomendaciones del VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social y de la Comisión Americana Médico Social, de continuar con el estudio de factores que intervienen en el costo creciente de la atención médica, con la finalidad de identificar acciones y procedimientos prácticos, que permitan abatir el costo sin disminuir la calidad de las prestaciones.

El Seminario estuvo dirigido a funcionarios de alto nivel de los servicios médicos y sus trabajos tuvieron como sede las instalaciones del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, ubicadas en la ciudad de México.

Para las sesiones de trabajo se contó con la presentación de documentos base de discusión que permitieron, en las sesiones de mesa redonda, analizar situaciones actuales en diferentes países. La coordinación general del Seminario estuvo a cargo del doctor Rodolfo Rojas Rubí, Jefe de los Servicios Médicos en la Delegación 5 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Valle de México.

Participaron delegados de Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Perú y Venezuela. Se contó con la cooperación técnica de funcionarios de la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.\*

Con la representación del licenciado Arsenio Farell Cubillas, Presidente del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y Director del Instituto Mexicano del Seguro Social, los doctores Gastón Novelo y Rodolfo Rojas Rubí, instalaron los trabajos del Seminario. Se reiteró que el evento cumple un acuerdo del VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social y es parte del programa establecido por la Comisión Americana Médico Social, enfatizando la importancia que tiene para las instituciones de seguridad social, la administración adecuada de sus recursos para racionalizar el costo creciente de las prestaciones médicas.

De acuerdo con el programa se trataron 20 temas en 9 sesiones de mesa redonda y grupos de trabajo. Los documentos base de discusión permitieron conocer experiencias nacionales de los países representados y sugerir recomendaciones aplicables a las características y circunstancias de la mayoría de las instituciones de seguridad social de América Latina, al tratar los siguientes temas:

- Organización y Operación de los Servicios Médicos Directos en Instituciones de Seguridad Social.
- Niveles de Atención.
- Cuadro Básico de Medicamentos.
- Cuadro Básico de Equipo Médico y Materiales de Curación.
- Listados Básicos de Mobiliario, Equipo Instrumental, Guías de Acomodo.
- Evaluación de la Calidad y el Costo de los Servicios Médicos. Información y Estadística. Modelos de Aplicación.

---

\* Se anexa lista de participantes.

- Atención Médica Primaria.
- Importancia de la Salud Ocupacional y la Rehabilitación en Relación con la Racionalización del Costo de la Atención Médica.
- Los Programas de Seguridad en el Trabajo. Costos Derivados de la Prevención y Atención de los Riesgos del Trabajo. Racionalización de la Administración del Seguro de Riesgos del Trabajo.
- Importancia de la Medicina Preventiva.
- Selección y Formación de Recursos Humanos. Políticas Generales.
  - . Educación de Pregrado: Campos Clínicos, Internado Rotatorio de Pregrado y Servicio Social.
  - . Educación de Postgrado, Curso de Especialización. Capacitación Continua.
- Extensión del Campo de Aplicación de los Servicios Médicos. Areas Marginadas y Rurales.
- Proyectos y Construcciones en los Niveles de Atención.
- Aprovisionamiento en los Servicios Médicos y Políticas para Abatir el Costo, con Especial Referencia a Medicamentos, Equipo e Instrumental.
- Conservación y Mantenimiento.
- El Control de Calidad como Instrumento para Abatir el Costo de la Atención.
- Fuentes de Financiamiento. Control del Gasto de Unidades Médicas.

Para la discusión de los temas y elaborar las recomendaciones correspondientes, se integraron los siguientes grupos de trabajo:

#### *Grupo 1*

- Organización y Operación de los Servicios Médicos Directos en Instituciones de Seguridad Social.
- Niveles de Atención.
- Cuadro Básico de Medicamentos.
- Cuadro Básico de Equipo Médico y Materiales de Curación.
- Listados Básicos de Mobiliario, Equipo e Instrumental. Guías de Acomodo.

El grupo de trabajo estuvo integrado por los doctores Gabriel Castellero (Caja de Seguro Social de Panamá), Ramón Chacín (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales), Ramiro Sillas y Mario Gordillo (Instituto Mexicano del Seguro Social).

#### *Grupo 2*

- Evaluación de la Calidad y el Costo de los Servicios Médicos. Información y Estadística. Modelos de Aplicación.

Integraron este grupo los doctores Jaime Páez (Instituto de Seguros Sociales de Colombia), Luis Rogelio Cruz e ingeniero Eduardo Jaber (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el licenciado Rafael A. Canto (Caja de Seguro Social de Panamá).

### *Grupo 3*

- Atención Médica Primaria.
- Importancia de la Salud Ocupacional y la Rehabilitación en Relación con la Racionalización del Costo de la Atención Médica.
- Los Programas de Seguridad en el Trabajo. Costos Derivados de la Prevención y Atención de los Riesgos del Trabajo. Racionalización de la Administración del Seguro de Riesgos del Trabajo.
- Importancia de la Medicina Preventiva.

El grupo de trabajo lo formaron los doctores Celso R. Garrido (Petróleos Mexicanos), Roberto Hernández, Francisco Medina y Agustín Segundo Valle Verde (Instituto Mexicano del Seguro Social).

### *Grupo 4*

- Selección y Formación de Recursos Humanos, Políticas Generales.
- Educación de Pregrado: Campos Clínicos, Internado Rotatorio de Pregrado y Servicio Social.
- Educación de Postgrado. Curso de Especialización.
- Capacitación Continua.

Se integró con los doctores Nohora Vargas (Caja Nacional de Previsión Social de Colombia), José Mauricio Dehais (Instituto Salvadoreño del Seguro Social), José Antonio Agueda, Francisco Jiménez y Javier Santacruz (Instituto Mexicano del Seguro Social).

### *Grupo 5*

- Extensión del Campo de Aplicación de los Servicios Médicos. Areas Marginadas y Rurales.

El grupo de trabajo lo formaron los doctores Jaime Jenkins (Caja Costarricense de Seguridad Social), José Alvarez Navarro y Francisco A. Sevares Cortez (Instituto Mexicano del Seguro Social) y Abel Barrantes (Instituto Peruano de Seguridad Social).

### *Grupo 6*

- Proyectos y Construcciones en los Niveles de Atención.

Quedó integrado por los doctores Héctor Aguirre Gas y Humberto Badillo (Instituto Mexicano del Seguro Social), señor Alfredo Guerrero (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), doctor Adrián G. Peña (Instituto Nacional de Cardiología) y doctor Pedro Torres (Secretaría de Programación y Presupuesto).

### *Grupo 7*

- Conservación y Mantenimiento.

Se integró el grupo de trabajo por los señores ingeniero Armando Urbina García, contador público Juan José Pérez Hidalgo, licenciado Guillermo Tovar Garduño (Instituto Mexicano del Seguro Social) y doctor Adrián Peña Sánchez (Instituto Nacional de Cardiología).

### *Grupo 8*

- Aprovisionamiento en los Servicios Médicos y Políticas para Abatir el Costo con Especial Referencia a Medicamentos, Equipo e Instrumental.
- El Control de Calidad como Instrumento para Abatir el Costo de la Atención.

El grupo de trabajo se formó por los señores licenciado Jesús Bernal Rojas, arquitecto Luis Lorenzana Calcano, licenciada Rosa Salinas Gómez (Instituto Mexicano del Seguro Social) y licenciado Raymundo Paulín Velasco (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

### *Grupo 9*

- Fuentes de Financiamiento. Control del Gasto de Unidades Médicas.

Fue integrado por los doctores Humberto Badillo Gómez, Luis Rogelio Cruz Alvarez, Francisco Jiménez Falcón, Agustín Segundo Valle Verde y licenciado A. Padilla Becerra (Instituto Mexicano del Seguro Social), doctor Adrián G. Peña Sánchez (Instituto Nacional de Cardiología) y doctor Jaime Páez Franco (Instituto de Seguros Sociales de Colombia).

En sesión plenaria se presentaron los resultados obtenidos y las recomendaciones de los grupos de trabajo.

## RECOMENDACIONES

### DE CARACTER GENERAL:

1. Al estimar que la problemática financiera de las instituciones de seguridad social es motivo de vital preocupación para todos los países americanos, se deben de revisar sus fuentes de financiamiento, evaluar la calidad y costo de la prestación médica que actualmente se otorga y su extensión a grupos marginados, urbanos y rurales; en consecuencia, se requieren mejores sistemas de administración de los servicios médicos en los diversos niveles, estableciendo que se revisen los programas de formación y selección de recursos humanos y abastecimiento de medicamentos y equipo, a fin de racionalizar los costos crecientes. Se reconoció que lo enunciado debe apoyarse con programas suficientes de medicina preventiva, de salud ocupacional y de fomento de la salud a la población usuaria.

2. Se ratificaron los acuerdos y conclusiones del VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, efectuado en la ciudad de México del 2 al 5 de junio de 1981, en relación a la racionalización del costo de los servicios médicos en la seguridad social.

#### DE CARACTER ESPECIFICO:

1. **Organización y Operación de los Servicios Médicos Directos en Instituciones de Seguridad Social. Cuadros Básicos de Medicamentos, Equipo Médico y Materiales de Curación. Listados Básicos de Mobiliario, Equipo e Instrumental.**

Los documentos base de discusión fueron presentados por la Jefatura de Servicios Médicos y por las Comisiones correlativas a los Cuadros Básicos de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la discusión y comentarios de la mesa redonda, destacaron bases conceptuales de la organización de servicios de acuerdo con los niveles de atención y analizaron las estrategias de atención en la prestación de dichos servicios por niveles. Se contempló la necesidad creciente de una adecuada administración de las prestaciones médicas, a través de programas o planes que implementen controles que permitan optimizar el aprovechamiento de los recursos disponibles, con el fin de abatir los costos de la atención médica.

Considerando que los propósitos del Seminario son señalar estrategias para racionalizar el costo de la atención médica, se formularon las siguientes recomendaciones:

- Debe evitarse la subutilización de los recursos financieros que propician la elevación de los costos y afectan la estructura financiera de las instituciones de seguridad social, al limitar su capacidad de cumplir con los objetivos de una prestación médica oportuna, suficiente y de calidad aceptable.
- Establecer como requisito la coordinación real y efectiva entre los directivos médicos y las áreas administrativas de apoyo.
- El establecimiento del sistema Niveles de Atención Médica en las Instituciones de Seguridad Social, es una necesidad prioritaria que permite mejor servicio y el uso racional de los recursos.
- Para procurar la racional utilización de recursos y conservar la calidad de los servicios de atención médica, se requiere:
  - . Elaborar el diagnóstico de salud de la región, estado o provincia, a fin de establecer congruencia entre la demanda y la oferta.
  - . Establecer lineamientos generales para el tránsito de pacientes por cada uno de los niveles, a fin de facilitar la atención médica.
  - . Estructurar programas de difusión para el personal al servicio de las instituciones, con el objeto de que conozcan la importancia de las prestaciones y las normas de financiamiento y organización del sistema.

- . Estimar como indispensables, programas de información y orientación a los usuarios de los servicios para que conozcan el sistema y hagan, con responsabilidad, uso adecuado de los recursos.
- En relación con cuadro básico de medicamentos se hace necesaria la elaboración de listados que agrupen y clasifiquen los productos farmacéuticos y los seleccionen y actualicen en forma dinámica y permanente, de acuerdo con sus niveles de atención. Es importante establecer un control en lo correspondiente al uso del listado médico, formando conciencia no sólo en el grupo médico sino entre la población usuaria, de la importancia de racionalizar la prescripción y uso de medicamentos. Se recomienda tomar en cuenta las conclusiones que emanaron de la Reunión Interamericana de la Comisión de Estudios de las Prestaciones Farmacéuticas en las Instituciones de Seguridad Social, en lo relativo a listados básicos para los diferentes niveles de atención médica y modalidades de prescripción.
- El cuadro básico de equipos y materiales de curación, debe ser elaborado por cada institución de acuerdo con las necesidades y demandas de la población usuaria. Para los equipos de importación es necesario que se asegure, previa compra, el mantenimiento oportuno a nivel local, así como el reaprovisionamiento de refacciones. Es necesario evitar la compra de equipo sofisticado y de poco uso.
- En cuanto a materiales de curación se recomienda que los productos con mayor demanda, como pueden ser: gasas, guantes y materiales de sutura, entre otros, se adquieran a granel en los casos de mayor uso, permitiendo la compra local por menudeo de los artículos con menor demanda.
- Los listados básicos de materiales, equipo e instrumental, deberán elaborarse para cada uno de los niveles de atención, ya que al definir el mobiliario con que deben contar las unidades médicas por niveles, se podrán realizar las adquisiciones de acuerdo a las necesidades reales. En cuanto al equipo e instrumental, conociendo el nivel de atención y características de cada unidad de atención médica, deben integrarse los requeridos para medicina general y especialidades.
- Es recomendable que los cuerpos colegiados que integran las diferentes Comisiones de Listados Básicos, que tienen entre otras funciones la de inclusión o exclusión de medicamentos, materiales de curación y equipos, se integren por personal experto en la operación con probada calidad y ética institucionales.

## **2. Evaluación de la Calidad y el Costo de los Servicios Médicos.**

El documento base de discusión fue presentado por la Jefatura de Servicios Médicos de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las discusiones en la mesa redonda destacaron la importancia capital de la evaluación de la calidad de atención médica, señalando que es imperativo efectuarla y aceptar que la complejidad de medición de actitudes e interrelaciones no debe ser motivo que evite su realización.

Un proceso así entendido, permite identificar y delimitar el área programática de la unidad y derivar de éste modelos de comparación válidos porque están referidos a ella misma; así mismo, permite establecer procedimientos de medición que aseguren la continuidad y validez de la evaluación para esa instancia, y su concatenación con una esfera más amplia, hasta abarcar la totalidad del sistema de seguridad social.

De esta forma, la evaluación quedará incluida dentro de las estructuras de trabajo, las normas y los programas, evitando una dicotomía que la divorcia de la planeación y resta fuerza a su carácter retroalimentador, el cual permite oportunidad correctiva y elimina incertidumbre en la toma de decisiones sobre acciones y planes futuros.

En el proceso de planeación ascendente, la norma general, emanada de los niveles jerárquicos superiores, debe ser flexible y reflejar la realidad, para que la adecuación de las mismas, a nivel de las unidades médicas, encuentren en ella criterios válidos de sustentación; un instrumento contributorio para estos propósitos podrán constituirlo catálogos mínimos de indicadores, de ámbito ya sea internacional, nacional o regional.

En la actualidad, racionalizar el costo constituye un imperativo para hacer posible la extensión y cobertura de la seguridad social y un reto permanente el conservar la calidad de atención médica.

En relación con la tecnología informática, debe adaptarse a las necesidades reales de cada país, evitando caer en modelos de referencia externos, que además de dependencia, generan incrementos artificiales en los costos.

Con las anteriores reflexiones, el grupo formula las recomendaciones siguientes:

- Conviene hacer una primera distinción entre evaluación del acto médico y evaluación del proceso mismo de la atención médica que comprende la organización, estructura y resultados, y centrar los esfuerzos iniciales en la medición de dicho proceso, que es más factible y objetivo.
- La calidad por sí misma es un atributo abstracto, que debe estar necesariamente referido a un pronunciamiento previo de los elementos que la Constituyen; en el caso concreto de los servicios médicos, esta descripción funcional debe derivarse de los objetivos establecidos en las políticas y los planes de salud, que proporciona, además, los parámetros comparativos que requiere la evaluación de dicha calidad.
- La evaluación está estrechamente vinculada a la planeación, en una relación de dependencia, que hace de las dos actividades un binomio inseparable. Por lo mismo, debe haber una coherencia absoluta entre los enunciados teóricos, el modelo de atención médica, los planes y programas y el sistema de evaluación.
- La planeación-evaluación, concebidas como un proceso ascendente, obligan a dar énfasis a las actividades que a este respecto debe realizar el nivel operativo, con base en el diagnóstico de la situación de la unidad en su particular entorno y ante su propia estructura, organización y recursos.

- En la medida en que la seguridad social universaliza su ámbito a toda la población el concepto de atención médica integral rebasa la esfera del tratamiento oportuno para hacer hincapié en la prevención y el fomento de la salud, la evaluación se convierte en materia prima de la planeación, asegurando en este proceso la jerarquización de prioridades y la racionalidad de los costos.
- La formación de un recurso humano idóneo en el manejo de los sistemas de información, debe ser de inclusión forzosa en los programas de capacitación de la seguridad social, por ser el sustrato básico de la evaluación.
- La capacitación debe poner énfasis en la preparación y el desarrollo de verdaderos analistas de la información, capaces de interpretar los datos a la luz de los fenómenos que les dan significado y suministrar información útil para la toma de decisiones.
- Se recomienda muy especialmente la realización de seminarios sobre planeación y evaluación, que destaquen la interrelación de ambos procesos
- Finalmente se recomienda que los programas de desarrollo y capacitación de personal comprendan aspectos relacionados con la evaluación; que contribuyan a un mejor entendimiento de la misma, como proceso inherente al propio de la atención médica y como actividad autoevaluadora de enriquecimiento personal, desligándola de la artificiosa y perjudicial connotación, que la limita a una supervisión de carácter sancionador.

### **3. Atención Médica Primaria. Salud Ocupacional, Rehabilitación y Seguridad en el Trabajo. Medicina Preventiva.**

Los documentos base de discusión fueron presentados por las Jefaturas de Servicios Médicos y de Medicina Preventiva de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los comentarios en la mesa redonda permitieron establecer la necesidad de que la atención médica que se proporciona a la población debe ser integral, donde se incluya la promoción de la salud y la prevención específica, enfocando las acciones prioritariamente a la atención en el primer nivel, que corresponde a la medicina denominada primaria, estableciendo una coordinación eficaz entre los diversos componentes de salud.

Considerando las recomendaciones del VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social en lo que respecta a las características de los cuadros básicos en los niveles de atención médica, deben tomarse en cuenta, como medida para la racionalización del costo de programas de atención médica primaria, contemplar en forma importante la salud ocupacional, la rehabilitación y la seguridad en el trabajo, así como los aspectos específicos de la medicina preventiva.

Por lo anterior, se enuncian las siguientes recomendaciones:

- Al estimar que el 85% de los problemas de salud de la población

demandante tienen solución a nivel primario, se recomienda a los países del área iberoamericana establecer unidades de atención médica de primer nivel, en las que se manejen las siguientes variables: características de la unidad en relación con la población por atender; accesibilidad y disponibilidad adecuadas; determinación del número de médicos de acuerdo con los indicadores de cada país; conveniente existencia de un equipo multidisciplinario de salud, con el fin de que estas unidades realicen básicamente actividades de promoción de la salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en pacientes ambulatorios, tanto a nivel de consultorio como en su domicilio.

- La atención que se proporcione a la población debe ser con humanismo, calidad y eficiencia, tanto en las prestaciones médicas como en las sociales y económicas.
- Motivar, a través de la educación en la población, la participación comunitaria en el cuidado de su salud, respetando sus valores e idiosincrasias.
- Crear normas de tipo operativo a través de manuales e instructivos con procedimiento continuo de control y evaluación para verificar su cumplimiento. Para este fin deben analizar las condiciones de salud de la población, la demanda de servicios y los recursos disponibles.
- Es imperativo unificar criterios de manejo diagnóstico terapéutico, a través de la información documental y de los cursos de educación médica continua.
- La prevención debe estar en el primer plano de toda actividad médica, por lo que se considera pertinente que los médicos del primer nivel tengan conocimiento en patología laboral, de manera que puedan detectar en temprana etapa cualquier alteración en la salud motivada por el ejercicio del trabajo que desarrolla y de esta forma coadyuvar a prevenir los riesgos en el trabajo y otorgar así una atención médica integral.
- Los denominados puestos médicos de trabajo, de fábrica o servicios preventivos en las empresas, deben vigilar, primordialmente entre los trabajadores, la pérdida de salud causada por sus condiciones laborales, con programas de protección contra los riesgos resultantes de los factores adversos a la salud y la colocación y mantenimiento en un medio ambiente, adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas.
- Se hace necesario impulsar los programas de carácter preventivo de salud en el trabajo con estudios formales sobre la patología laboral y la promoción de estudios, para detectar enfermedades, que permitan elaborar, desde el primer nivel de atención médica, un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, todo ello a través de los exámenes médicos de ingreso y la participación de brigadas laborales.
- Promover la indicación e iniciación de los tratamientos de rehabilitación oportunamente, de manera que el trabajador se reintegre a sus labores en el tiempo más corto posible.

- En relación con los accidentes de trabajo, se deberán fortalecer, con apego a la realidad, las investigaciones epidemiológicas y sociales de seguridad en el trabajo, con el fin de recomendar sobre bases objetivas y científicas las acciones susceptibles de controlar y limitar la accidentabilidad de los trabajadores.
- Fortalecer la divulgación de programas de salud con relación a padecimientos ocupacionales y de seguridad en el trabajo, destinados a despertar conciencia del problema tanto a nivel escolar como en los centros de trabajo. Estas acciones deben ser en forma permanente, dinámica y conjunta entre todos los involucrados en la problemática de los riesgos de trabajo.
- Determinar que las acciones de fomento de la salud coadyuven con las biológicas, a fin de disminuir enfermedades transmisibles, prevenibles por vacunación sobre todo en la población menor de cinco años.
- Es conveniente la detección oportuna, seguimiento y control de enfermedades crónico-degenerativas.
- Establecer que los programas preventivos se desarrollen a niveles óptimos, haciendo énfasis en planificación familiar, inmunizaciones y orientación nutricional en el primer nivel de atención médica.
- Preparar personal paramédico y promotores, que atiendan las necesidades de prevención para el mantenimiento de la salud de grandes núcleos humanos en el primer nivel.
- Incrementar los recursos financieros para las acciones preventivas.
- Revisar y actualizar los sistemas de información para la captura y procesamiento de datos veraces, oportunos y completos, que permitan aprovechar su contenido con el fin de establecer programas preventivos óptimos, considerando que los tres niveles de atención médica deben realizar programas de educación tanto a quienes prestan sus servicios como para aquellos que los reciben.

#### **4. Selección y Formación de Recursos Humanos del Area Médica. Educación de Pregrado, Postgrado y Educación Continua.**

Los documentos base de discusión fueron presentados por la Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación de la Subdirección Central Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se estableció, tanto en los trabajos como en las discusiones de mesa redonda, que es imperativo adecuar la formación de los recursos humanos para la salud en función de las necesidades en las instituciones de seguridad social, tomando en cuenta los requerimientos de la población usuaria; como consecuencia se adoptaron las siguientes recomendaciones:

- Para otorgar las prestaciones médicas que las leyes nacionales señalan, es necesario contar con el recurso humano médico especializado, técnico, paramédico y de otras disciplinas de apoyo, para lograr el fin de que sean de óptima calidad para beneficio de los asegura-

dos y sus beneficiarios, de la comunidad en general y de la institución misma.

- Se reconoció que la mayoría de las instituciones de seguridad social están ejecutando programas de desarrollo y capacitación de sus trabajadores por medio de talleres, cursillos, seminarios y docencia de carácter permanente. Esta última dedicada especialmente a obtener la tecnificación y especialización médica necesaria para poder cumplir su cometido.
- Para lograr estos diferentes objetivos, cada institución tiene que efectuar cuantiosas erogaciones, que inciden en el elevado costo cada vez mayor de la atención médica.
- Que a pesar de ese esfuerzo económico, se siente que no se ha alcanzado una calidad óptima en la atención médica de manera uniforme. Además se han detectado incongruencias en el número de especialistas, formados a veces en proporciones mayores a las demandas esperadas.
- Se considera conveniente que exista un organismo coordinador entre las instituciones de educación superior y del sector salud, a fin de:
  - . Formar al profesional o técnico de la salud, de acuerdo con las necesidades biopsicosociales del país.
  - . Planificar la formación de los recursos humanos profesionales y técnicos de la salud, de acuerdo con las necesidades de mediano y largo plazo y a las políticas del sector salud.
- Debe planificarse cuidadosamente y según las necesidades propias de cada una de las instituciones de seguridad social, la cantidad y calidad de los técnicos y médicos especialistas, para que la inversión en que se incurra no sea causa determinante del elevado costo de la atención médica.
- Debe continuarse con los programas docentes para la formación de recursos humanos de técnicos y médicos especialistas, con énfasis en la educación médica continua y con una planificación racionada a las necesidades propias de cada institución.
- Es necesario dar importancia a los programas de motivación en los diversos niveles, para obtener un cambio de actitud médica hacia su institución y los derechohabientes, coordinando con los organismos estatales correspondientes, la incorporación de conceptos de seguridad social en el sistema de educación escolar media y superior.
- Las instituciones de salud deben formar sus propios recursos humanos, es recomendable usar los elementos de la propia comunidad para las acciones de promoción y prevención de la salud, a fin de garantizar continuidad de servicios y abatir costos.
- La formación de las especialidades y subespecialidades debe regularse a las demandas de este tipo de profesionales, de acuerdo con los niveles de atención médica.

- Las instituciones de educación superior y de salud deben crear una actitud de servicios y compromiso social en la educación de pregrado, postgrado y capacitación continua, a fin de lograr su integración a la filosofía del otorgamiento de servicios médicos.

#### **5. Extensión del Campo de Aplicación de los Servicios Médicos. Areas Marginadas y Rurales.**

Los documentos base de discusión se presentaron por la Coordinación General del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-COPLAMAR).

Del análisis de los mismos y las experiencias y comentarios que surgieron de la mesa redonda, se llegó a las siguientes consideraciones:

- Los mecanismos que las instituciones de seguridad social desarrollan actualmente en la extensión de los servicios médicos a poblaciones marginadas, urbanas y rurales, revelan un cambio operacional en sus propias estructuras que demandan cambios en sus esquemas de financiamiento.
- Que la marginalidad rural constituye, sin lugar a duda, uno de los aspectos importantes en la extensión de la seguridad social, cuyo principio básico debe ser su universalidad.
- Que en la atención por los servicios médicos de seguridad social a estos sectores, deben tomarse en cuenta las disposiciones jurídicas que tengan los países, la estructura de los sistemas de salud debidamente coordinados, la participación activa de los beneficiarios y las fuentes de financiamiento, las cuales deben ser suficientes, permanentes y apoyadas por políticas de desarrollo integral.
- Que deben de armonizarse los programas de extensión a las áreas marginadas y rurales con los existentes en las áreas urbanas, para tratar de optimizar los recursos disponibles humanos e instalaciones, entre otros.
- Que los niveles de atención en cuanto a la prestación médica, se adecuen a las verdaderas necesidades de las personas a servir, tomando en cuenta diversas variables, tales como mortalidad, morbilidad, estructura poblacional, situación geográfica y características propias de la población, entre otras.
- Que los servicios médicos que se implementen en las comunidades marginadas o rurales, se apoyen para sus programas de salud a través de personas de la comunidad, con el fin de aprovechar sus conocimientos de la problemática local, considerando que las funciones de los servicios deben de hacer énfasis en la promoción a la salud y autocuidado de la misma.
- Que las instituciones de la seguridad social en la extensión de los servicios médicos a los sectores marginados y rurales, consideren la conveniencia de promover la instrumentación de promotores rurales de salud como auxiliares del área médica.

## **6. Proyectos y Construcciones en los Niveles de Atención.**

Los documentos base de discusión fueron presentados por las Jefaturas de Proyectos y de Construcciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se analizó que el criterio de desarrollo de todo diseño para las unidades de la seguridad social, sea destinado a los servicios administrativos, prestaciones específicas del área médica, o bien a los servicios sociales, se basa en un sentido estricto en relación a lugar, necesidades y tiempo.

Es tendencia actual que las unidades médicas se estructuren por módulos que integran elementos afines a un rango de población, que tiene características no variables de mobiliario, instrumental y equipo, para satisfacer la demanda de la población tomando como base, en la consulta externa, el consultorio con sus elementos que lo integran y para hospitalización, la cama.

Los módulos son el resultado de un análisis histórico del comportamiento de la demanda y sus satisfactores para optimizar el costo beneficio, acortando en tiempo la construcción y respondiendo a las políticas de la planeación del sistema de tres niveles de atención, que tienen como características la zonificación y regionalización de los servicios, lo cual permite también racionalizar, optimizar y controlar los costos de construcción y satisfacer en menor tiempo la demanda de atención médica.

Se estimó conveniente formular las siguientes conclusiones:

- Cada sistema institucional debe elaborar y desarrollar sus indicadores del comportamiento histórico de la demanda de servicios y de sus satisfactores, teniendo en cuenta las características culturales, económicas y criterios de atención médica de cada región o país.
- La programación y operación de las unidades en base al sistema modular debe ser proyectada a un período óptimo de cinco a seis años, obedeciendo ésta al desarrollo económico de los países y los cambios tecnológicos que se adopten para prestar la atención médica.
- Se recomienda crear los módulos constructivos y sus catálogos de implementación para regionalizar y racionalizar los costos.

## **7. Conservación y Mantenimiento.**

El documento base de discusión fue presentado por la Jefatura de Conservación.

Después del análisis del mismo y de las discusiones de mesa redonda se establecen los siguientes comentarios y conclusiones:

- Una mejor productividad de los recursos utilizados por el área de conservación en una unidad de atención médica debe lograrse mediante una buena planeación, una adecuada organización y mecanismos de control eficientes.
- En un plan de conservación, la implantación del Sistema de Mantenimiento Preventivo es fundamental, ya que permite la utilización racional de los recursos humanos con que cuenta la unidad de atención médica, incrementando la productividad mediante programación de actividades.

- Debe considerarse dentro del proyecto de una Unidad de Atención Médica, tanto su aspecto arquitectónico como el de su equipamiento, en el cual la opinión de Conservación sería con la finalidad de que al mismo tiempo que se cumple con el objetivo del proyecto, el costo de mantenimiento posterior y permanente no resulte gravoso para la institución.
- Se sugiere se plantee a las instituciones educativas de nivel profesional, con el fin de resolver una necesidad latente, la implementación de una especialización a nivel académico sobre mantenimiento de unidades hospitalarias, dado que presenta una problemática muy especializada.
- La capacitación y la motivación permanente al personal de Conservación son factores que deben tener especial atención, ya que influyen directamente en los resultados del sistema.
- Se sugiere que las Resistencias de Conservación de las Unidades de Atención Médica cuenten con la bibliografía correspondiente en cuanto a las normas técnicas y de operación, como apoyo para resolver oportunamente los problemas de mantenimiento y orientar el área médica en los aspectos de operación, lo que repercutirá en la disminución de los tiempos muertos de los equipos.
- Se sugiere la creación de Talleres de Recuperación de Mobiliario y Equipo, previo estudio económico sobre su conveniencia, donde se realicen evaluaciones de costo-beneficio antes de determinar su baja definitiva, para que puedan ser recuperados y se integren como equipos útiles a la institución, por los canales normales de abastecimiento.
- Este aspecto, adicionado al del retiro de partes que puedan ser utilizables como refacciones, contribuyen en una mejor racionalización del uso de los recursos materiales.
- Es necesario mantener en las Unidades de Atención Médica, lotes económicos de refacciones de instalaciones y equipos, cuya incidencia de fallas sea frecuente, que permita la solución inmediata, mediante el reemplazo correspondiente, disminuyendo al máximo los tiempos fuera de disponibilidad de los equipos.
- La uniformidad en el equipamiento de las unidades médicas es un factor importante que reduce en forma considerable los costos de mantenimiento, en virtud de que se estandarizan las refacciones, la capacitación, la información técnica, y se facilitan los controles administrativos.

#### **8. Aprovechamiento en los Servicios Médicos y Políticas para Abatir el Costo.**

##### **El Control de Calidad como Instrumento para Abatir el Costo de la Atención Médica.**

Los documentos base de discusión fueron presentados por las Jefaturas de los Servicios de Abastecimiento y de Control de Calidad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la mesa redonda los delegados coincidieron en destacar la importancia que tiene la racionalización en el aprovisionamiento de los servicios médicos. Se consideró conveniente, para determinar necesidades, estandarizar catálogos con la denominación de los artículos, para uniformar lenguaje y sistematizarlos.

Se estimó conveniente la creación de un programa que permita conocer las existencias y sus tiempos de reabastecimiento, integrando un órgano administrativo que dicte políticas y fije las normas en el proceso de adquisición.

Como resultado se establecieron las siguientes conclusiones:

- Crear comités de adquisiciones, abocados a dictar políticas y normas, para el mejor y adecuado aprovechamiento de los recursos.
- Elaborar e implantar cuadros básicos de medicamentos, material de curación e instrumental y equipo médico, racional y científicamente estructurados y con la dinámica requerida para su permanente actualización.
- Codificar la denominación de artículos, clasificándolos de acuerdo con el objetivo de su servicio, lo cual permite el establecimiento de normas y procedimientos de abasto y de uso, así como del conocimiento del mercado nacional y extranjero para una mejor decisión de compra.
- Estructurar el abastecimiento de tal forma, que se racionalice el uso de recursos humanos y económicos y se evite la sobre y la sub-inversión.
- Consolidar necesidades para convocar a concursos de proveedores, con objeto de obtener las mejores condiciones de oportunidad, calidad y precio.
- Implantar sistemas automatizados para el control técnico científico de la adquisición, almacenaje y reaprovisionamiento de grandes volúmenes de bienes, lo que permite la toma de decisiones adecuadas.
- Establecer la vigilancia permanente sobre los aspectos anteriores, permitirá que los sistemas del proceso de abastecimiento y las compras adquieran transparencia e institucionalidad y, en consecuencia, la obtención de mejores precios, contribuyendo a la racionalización del costo de la atención médica.

En relación al tema Control de Calidad, la parte central de su aplicación es el control en el sitio mismo de la producción, de modo que siguiendo la elaboración de un producto, desde que se planea y diseña hasta que llega al consumidor, se logre obtener una calidad competitiva dentro del mercado, por su presentación, utilidad y costo.

La declaración anterior, aun cuando define a la industria como responsable de coordinar, controlar y supervisar la calidad de los procesos de fabricación de un producto, resulta incierta en cuanto a la posibilidad real del consumidor de manifestar su punto de vista sobre el artículo que se le ofrece, pues ello depende, entre otros factores:

- Del tipo de requerimiento primario o secundario que satisfaga el producto.

- De la alternativa de selección, por su calidad y precio que existan en el mercado, en relación con este producto.
- De la representación que tenga la demanda en relación con la oferta, en el momento de la adquisición.
- De la capacidad socio-cultural, que para aceptar o disentir posea su consumidor habitual.

Se aceptó que el control de calidad de insumos para la atención médica, observado dentro del contexto anterior, reviste una importancia vital para las instituciones de seguridad social, pues es claro que por el tipo de productos a los que se refiere y el derechohabiente al que va dirigido, constituye una responsabilidad que tiene que ser compartida por el productor y el consumidor.

#### **9. Fuentes de Financiamiento. Control del Gasto en Unidades Médicas.**

El documento base de discusión fue presentado por la Contraloría General del Instituto Mexicano del Seguro Social, y de los comentarios surgidos en la mesa redonda se llegó a conclusiones que permiten las siguientes recomendaciones:

- Proceso de desconcentración administrativa.
- Necesidad de análisis de la información más significativa.
- Control de algunos renglones del gasto en base a medidas técnico administrativas, basados en la investigación y en la experiencia.
- Dentro de las limitaciones jurídico políticas, se procure el autofinanciamiento de cada una de las ramas del seguro.
- Búsqueda del equilibrio entre la productividad de los recursos para obtener resultados financieros y el impacto del control de éstos a favor de calidad de la atención médica en sus aspectos de proceso y resultados.
- Propuesta de un seminario sobre evaluación de la calidad de la atención médica.
- Esfuerzos por unificar criterios para la selección, análisis e interpretación de la información básica para la toma de decisiones.
- Es necesario considerar, en el análisis de la información, los indicadores que permiten medir cambios como resultado de las acciones de salud, tales como: morbomortalidad, enfermedades transmisibles, estudio de tejido sano extirpado, porcentaje de infecciones intrahospitalarias, número de reingresos, etc.
- Una planeación y programación oportuna se constituyen en un elemento indispensable para garantizar una buena atención médica dentro de un marco de racionalización de los recursos.
- El planteamiento financiero de las instituciones de la seguridad social debe incluir la previsión del manejo de las reservas actuariales,

con lo cual se garantice el cumplimiento de los compromisos a mediano y largo plazo inherentes a las ramas de aseguramiento.

- Es necesario establecer los criterios para el control del gasto generado por servicios subrogados mediante el desarrollo de instrumentos, que nos permitan verificar claramente que se están otorgando con calidad y oportunidad.

## LISTA DE PARTICIPANTES AL SEMINARIO SOBRE RACIONALIZACION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA

### COLOMBIA

- *Doctor Jaime Paez Franco.*  
Jefe División Nacional de Atención Médica.  
Instituto de Seguros Sociales.
- *Doctora Nohora Vargas Tovar.*  
Jefe Médico de Consulta Externa.  
Hospital General Neiva.  
Caja Nacional de Previsión Social.

### COSTA RICA

- *Doctor Jaime Jenkins Zamora.*  
Director Regional de Servicios Médicos.  
Caja Costarricense de Seguro Social.

### EL SALVADOR

- *Doctor José Mauricio Dehais Contreras.*  
Subjefe de División Médica.  
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

### MEXICO

- Instituto Mexicano del Seguro Social.
  - . *Doctor José Antonio Agueda Martínez.*  
Director Hospital General de Zona N° 36.  
Coatzacoalcos, Veracruz.
  - . *Doctor Héctor G. Aguirre Gas.*  
Coordinador de Hospitales.  
Jefatura de Servicios Médicos.  
Delegación N° 5 del Valle de México.

- . *Doctor Humberto Badillo Gómez.*  
Jefe Departamento de Medicina Interna.  
Hospital General de Zona de Aragón.  
Delegación N° 2 del Valle de México.
- . *Doctor Luis Rogelio Cruz Alvarez.*  
Director del Hospital General de Zona.  
Salamanca, Guanajuato.
- . *Doctor Mario Rafael Gordillo Berruecos.*  
Jefe de Servicios Médicos.  
Acapulco, Guerrero.
- . *Doctor Roberto Hernández Ortiz.*  
Jefe de Departamento Clínico de Medicina Familiar.  
Hospital General de Zona N° 8.  
México, Distrito Federal.
- . *Doctor Francisco Jiménez Falcón.*  
Jefe de Servicios Médicos.  
Villahermosa, Tabasco.
- . *Doctor Francisco Medina Amador.*  
Director Hospital General de Zona N° 1.  
Orizaba, Veracruz.
- . *Contador Público Juan José Pérez Hidalgo.*  
Jefe Departamento de Análisis y Control de la Operación.  
Jefatura de Servicios Médicos Delegación.  
Villahermosa, Tabasco.
- . *Doctor Agustín Segundo Valle Verde.*  
Jefe de Servicios Médicos.  
León, Guanajuato.
- . *Doctor Francisco Alfonso Sevarez Cortés.*  
Director Hospital General de Zona.  
Manzanillo, Colima.
- . *Licenciado Guillermo Tovar Garduño.*  
Subdirector Administrativo.  
Clínica Hospital de Zona.  
Acapulco, Guerrero.

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

. *Licenciado Jesús Francisco Bernal Rojas.*

Jefe de la Oficina de Estadística.  
Departamento de Informática.

. *Señor Alfredo Guerrero Márquez.*

Analista de la Jefatura de Servicios Técnicos y Normativos.  
México, Distrito Federal.

. *Señor Raymundo Paulín Velasco.*

Analista.  
Coordinación General del Desarrollo Institucional.  
México, Distrito Federal.

— Secretaría de Programación y Presupuesto.

. *Doctor Pedro Torres Chávez.*

Jefe del Departamento de Salud de la Subdirección de Salud y Seguridad Social.

— Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

. *Doctor José Manuel Alanís Fuentes.*

Toluca, Estado de México.

— Instituto Nacional de Cardiología.

. *Doctor Adrián G. Peña Sánchez.*

#### PANAMA

— *Señor Rafael A. Canto Samudio.*

Administrador del Hospital José Domingo de Obaldía.  
Caja del Seguro Social.

— *Doctor Gabriel Castillero P.*

Subdirector de los Servicios Médicos.  
Caja de Seguro Social.

#### PERU

— *Doctor Abel Barrantes Bizzetti.*

Director del Hospital de Zona 1 de San Vicente Cañeta.  
Instituto Peruano de Seguridad Social.

VENEZUELA

— *Doctor Ramón Chacón López.*

Director de Salud.  
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

— *Doctor Gastón Novelo.*

Secretario General.

— *Doctor Juan Antonio Legaspi Velasco.*

Coordinador de las Comisiones Americanas de Seguridad Social.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

— *Licenciada Margarita Rodríguez Soto.*

Administradora.

— *Doctor Roberto González Morales.*

Coordinador Servicios Administrativos.