

# 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.

	<u>Pág.</u>
— PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y MEDICOS EN LAS UNIDADES MEDICAS . . . . .	135
Dr. Rodolfo Rojas Rubí Dr. Héctor G. Aguirre C.P. Abraham G. Velázquez Guzmán	
— LA COORDINACION ENTRE LAS AREAS MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS COMO FACTOR PRINCIPAL DE LA RACIONALIZACION DEL COSTO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS . . . . .	143
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	
— DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION, CAPACIDAD OPORTUNA Y TECNICA, SU UTILIZACION PARA EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES Y TOMA DE DECISIONES . . . . .	149
Ing. Eduardo Jaber Gómez Ing. Rolando Ramírez Bautista	
— IMPORTANCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION EN RELACION A LA RACIONALIZACION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA . . . . .	167
Dr. Salvador Jalife García	
— RACIONALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE RIESGOS DEL TRABAJO . . . . .	187
Lic. Jorge A. Hidalgo Rodríguez	
— IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA . . . . .	215
Dra. Georgina Velázquez Díaz	
<b>CONFERENCIAS</b>	
— EL FINANCIAMIENTO DE REGIMENES OBLIGATORIOS DE PENSIONES BAJO CONDICIONES DINAMICAS Y LAS NUEVAS MATEMATICAS ACTUARIALES . . . . .	231
Peter Thullen	
— LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA . . . . .	249
Dr. Gastón Novelo	

**PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y MEDICOS  
EN LAS UNIDADES MEDICAS**

**Dr. Rodolfo Rojas Rubí**

**Dr. Héctor G. Aguirre**

**C.P. Abraham G. Velázquez Guzmán**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

En el Sistema de Atención Médica Hospitalaria del Tercer Nivel, se identifica como problema trascendente, la deficiencia en la dotación de recursos humanos, en particular con el personal especializado: Anestesiólogos, traumatólogos, enfermeras pediatras, instrumentistas y posgraduados en cuidados intensivos.

La oportunidad en el aprovisionamiento de recursos materiales, constituye un grave problema, porque a este nivel se requiere material y equipo sofisticado, que con frecuencia son de importación y requieren, para su suministro, un procedimiento administrativo complejo.

Uno de los problemas más significativos en las Unidades del tercer nivel es el costo elevado y la dificultad para proporcionar un buen mantenimiento a la planta física y a los numerosos aparatos.

Este problema es explicable, porque en este tipo de hospitales los avances tecnológicos y médicos ameritan remodelaciones a la planta física y la reposición de equipos modernos.

Dentro de las entradas al sistema, se identifica como problema médico principal el ingreso de pacientes que no corresponden al nivel de atención médica, ya sea por envíos inadecuados o por insuficiencia de los primeros niveles.

Dentro del proceso de hospitalización, los factores de mayor disturbio ocurren a nivel del módulo de admisión y control de enfermos hospitalizados, donde destacan: la disponibilidad de camas, la asignación de camas por especialidad y los cambios de cama.

En los pisos de encamados, son relevantes los problemas que generan las visitas de familiares, las estancias prolongadas y la enseñanza e investigación.

La visita abierta en pacientes pediátricos es conveniente, sobre todo cuando se aplica el procedimiento de instrucción y asistencia de la madre acompañante. En los adultos es más discutible, ya que entorpece la asistencia médica, favorece el hacinamiento y compromete la relación del personal médico con el paciente.

Las estancias prolongadas no justificadas, determinan disminución de la capacidad de hospitalización y elevan los costos de operación.

El grado de especialización de estas Unidades es un impedimento para la adecuada enseñanza de pregrado y una gran limitante para el entrenamiento de los estudiantes de posgrado, que requieren, primero, una enseñanza básica general que comprenda la patología más común.

El exceso de actividades asistenciales es una limitante para la investigación, sobre todo cuando ésta no es prospectiva o tiene un protocolo con objetivos mal estructurados.

Sin duda, uno de los problemas técnico-médicos de más difícil control lo constituyen las infecciones intrahospitalarias, ya que determinan un incremento en la morbiletalidad.

El deficiente control administrativo o, por el contrario, la excesiva injerencia del mismo en los procedimientos médicos, ocasiona gran disturbio en el sistema y eleva los costos de operación.

## Problemas Médicos en las Unidades de Primer Nivel

1. Existe la premisa atávica, transmitida a través de la conseja y el rumor, de que la medicina institucional es de calidad inferior con respecto a la medicina privada; esta situación nos coloca en desventaja aun antes de establecer la relación médico-paciente; sin embargo, si pensamos como médicos institucionales y hacemos un autoanálisis de nuestra actuación, ¿qué tan tranquilos nos podemos sentir de que nuestro comportamiento es tan bueno con los pacientes institucionales como con los privados?

2. Con mucha frecuencia la relación médico-paciente no se establece, situación que puede depender tanto del médico como del paciente o de ambos. Al médico le asignan una población y a cada paciente un médico; nadie puede escoger su médico o su paciente respectivo. El paciente con frecuencia tiene prejuicios que, independientemente que confirmen o no, obstaculizan una adecuada comunicación con su médico, lo tornan a veces agresivo e impiden que él mismo tenga CONFIANZA en su médico, factor que todos sabemos que es primordial en toda relación médico-paciente. Por otra parte, el médico con mucha frecuencia no tiene un interés suficiente en satisfacer las necesidades médico-asistenciales del paciente, en resolver su problema y se concreta a escuchar brevemente sus síntomas, en ocasiones a hacer una exploración superficial, en otras ni eso y a extender una o más recetas.

Ni el médico hizo nada para ganar la confianza del paciente, ni el paciente para comunicarse con el médico. ¿Cuáles pueden ser las razones que conducen a esta actitud del médico?; probablemente múltiples: ¿un sueldo que no satisface sus necesidades?, ¿falta de vocación o interés en su profesión?, ¿falta de motivación o deseos de superación para mejorar en la autoestima o en la escala jerárquica?, ¿exceso de trabajo en el propio Instituto y/o fuera de él?, ¿falta de capacidad técnica por insuficiente preparación? Tal vez los factores sean muchos e interactuando en forma compleja.

Romper este círculo vicioso de falta de comunicación y confianza entre médicos y pacientes seguramente va a ser muy difícil; pero debemos intentarlo.

¿Qué tanto influye el hecho de que, en términos generales, ni el paciente puede rechazar al médico que se le ha asignado, ni el médico puede rechazar a los pacientes que no confían en él?

3. No se ha definido si por falta de preparación, por falta de tiempo, por falta de recursos o por negligencia, pero efectivamente con mucha frecuencia la atención médica en primer nivel es de calidad insuficiente y se convierte en una medicina sintomática, superficial y que no resuelve en esencia el problema del paciente y mucho menos el de la familia, sobre todo si tomamos en cuenta que estamos hablando del médico familiar. Se olvida la medicina integral, con un adecuado interrogatorio, exploración, uso de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento disponibles, información adecuada al paciente con valoración de las necesidades de apoyo en las áreas de medicina preventiva, planificación familiar y odontología. ¿Que no alcanza el tiempo?; estoy seguro que en la mayoría de los casos sí alcanza, e inclusive con un trato cortés.

4. Independientemente de que se trate de médicos familiares postgraduados en la residencia correspondiente o médicos que ejerzan este puesto en base al entrenamiento en servicio, después de haber sido habilitados, aunque se tratara de médicos generales o de otras especialidades, no se ha logrado llevar a cabo con efectividad ninguno de los programas de capacitación continua que se han intentado, atribuyéndose esto a carencia de "fuerza de trabajo", falta de motivación de los médicos, problemas administrativos, etc.

5. En función de las necesidades de evolución y optimización de los servicios, con frecuencia es necesario modificar políticas, programas y sistemas de atención que dan lugar a reacciones por resistencia al cambio del personal médico que afectan directamente al servicio.

6. El apoyo que cualquier médico familiar en un determinado momento puede requerir para la toma de decisiones puede ser otorgado por su Jefe de Departamento Clínico o inmediato superior; sin embargo, la situación se complica cuando se requiere el apoyo, en ocasiones con urgencia, para la toma de decisiones de médicos especialistas, aunque pudiera haberse tratado de una simple pregunta; es en estos casos necesaria la tramitación de traslado del paciente a Unidades de Segundo Nivel.

7. Un obstáculo importante en la prestación de los servicios médicos depende de los problemas de comunicación derivados tanto de las distancias de provincia, como de las dificultades de tránsito y falta de transporte en las grandes ciudades. Es por lo tanto necesario contar en las Unidades Médicas de primer nivel con servicio de consulta extemporánea durante 24 horas del día, que permita resolver urgencias "sentidas" por los pacientes o sus familiares y posiblemente para el traslado institucional a los servicios de urgencias de los Hospitales Generales de Zona.

### **Problemas Médicos en las Unidades de Segundo Nivel**

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Subdirección General Médica, en un intento formal para incrementar la calidad de sus servicios médicos, reestructuró todo el sistema en base a niveles de atención médica. Así, ubicó en el primer nivel a las Unidades de Medicina Familiar, en el segundo a los Hospitales Generales de Zona y en el tercero a los Hospitales de Especialidades. Con esto se busca ofrecer a la población, entre otras cosas, un sistema funcionalmente interrelacionado, que permita proporcionar atención médica oportuna, cortés y de alta calidad, así como una utilización más racional de los recursos.

Este cambio produjo, como es de suponer, diversas reacciones tanto entre el personal como entre el público usuario; reacciones que fueron desde la aceptación abierta hasta el rechazo absoluto; sin embargo, a pesar de los problemas iniciales que todo cambio produce, el sistema ha enmendado desviaciones, ha convencido de sus bondades y ha logrado ser aceptado.

A pesar de lo anterior, aún no puede afirmarse que funciona sin fallas, éstas existen; algunas son de gran magnitud, pero no dudamos que serán corregidas y que, contando con el aporte personal tanto de los trabaja-



dores como de la población derechohabiente, este sistema podrá alcanzar el nivel de calidad que se pretende.

Dentro de los problemas que aún persisten, nos vamos a ocupar de los relacionados con el segundo nivel; es decir los problemas de la atención médica en Hospitales Generales de Zona.

Un Hospital General de Zona es una Unidad de atención médica que conjuntamente con un número variable de Unidades de Medicina Familiar conforma una zona de atención médica, funcionando como su cabeza o "Jefatura de Zona".

- Atiende y resuelve problemas de atención médica de segundo nivel de la población zonal.
- Recibe pacientes espontáneos directamente a través del Servicio de Urgencias.
- Recibe pacientes enviados a Urgencias o a Consulta Externa por las Unidades de primer nivel y tercer nivel.
- Refiere pacientes tanto a primero como a tercer nivel.
- Cuenta con las cuatro especialidades básicas:
  - Medicina Interna
  - Cirugía General
  - Gineco-Obstetricia
  - Pediatríay algunas otras subespecialidades de las anteriores.

El Hospital General de Zona es como se dijo al principio, un componente de un sistema interrelacionado funcionalmente, de tal manera que los problemas que enfrenta son propios algunos de ellos y externos otros, es decir generados en otros niveles, pero que repercuten en su funcionamiento. Por otra parte es difícil, en rigor separar, sobre todo en algunos casos, los problemas médicos de los administrativos ya que la calidad de la atención médica descansa sobre un soporte puramente administrativo.

Al integrarse los niveles, los médicos especialistas, tanto clínicos como quirúrgicos que laboraban en las Unidades de Medicina Familiar, han sido reubicados en los Hospitales Generales de Zona con lo cual se presenta el fenómeno de que muchos no se encuentran capacitados o han perdido gran parte de sus habilidades y destrezas, lo que tiene implicaciones que pueden llegar a ser graves si no se aplica el correctivo.

Relacionado íntimamente con el grado de capacitación, se puede también apreciar que la frontera entre los padecimientos de segundo y tercer nivel no siempre es fácil de establecer, con lo cual y de acuerdo a la preparación, la iniciativa, la responsabilidad, el deseo muy legítimo de realizar procedimientos aprendidos y además para no "quedarse atrás" o "sentirse menos" que los especialistas de tercer nivel, es frecuente encontrar pacientes portadores de padecimientos tributarios del tercer nivel que han sido tratados en el segundo con los riesgos inherentes.

Otro problema que surge del anterior es aquel que se produce cuando se trata de cubrir una plaza vacante, primero porque no existe por lo menos en algunas especialidades la cantidad suficiente de médicos, y segundo



porque los especialistas prefieren, ante la oportunidad, ocupar una plaza de tercer nivel, con lo cual el segundo nivel sólo obtiene "lo que sobre" del tercero.

En relación a los recursos tecnológicos, el problema es similar ya que el conflicto surge cuando se trata de establecer un límite preciso acerca del equipamiento de estas Unidades, lo que puede dar como resultado que éste no sea homogéneo.

Otro tipo de problemas es el relacionado con la coordinación con los otros dos niveles de atención. Cuando ésta no es adecuada o cuando no se siguen los lineamientos precisos para lograrlo, se obtiene un pésimo funcionamiento de todo el sistema; como ejemplo de lo anterior se puede mencionar el envío inadecuado de pacientes de primer y segundo nivel, lo cual se presenta cuando el personal médico del primero no asume su función cabalmente, ya sea por incapacidad o por irresponsabilidad provocando con esto grandes molestias a los pacientes, trastornos en el funcionamiento del segundo nivel, representados por saturación de la Consulta Externa que genera grandes diferimientos para obtener el servicio o largas listas de espera para hospitalización.

Asimismo, colabora a sobresaturar el servicio de urgencias, restando fuerza de trabajo para atender los casos verdaderamente urgentes.

Una situación similar se da, cuando no existe una buena coordinación con el tercer nivel.

Todo lo anterior además de proyectar una pésima imagen de los servicios, lesiona seriamente en primera instancia la atención de los pacientes.