

PERSPECTIVAS EN MEDICINA

REQUISITOS MINIMOS BASICOS EN LA ORGANIZACION DE LOS HOSPITALES

LÁZARO BENAVIDES VÁZQUEZ ‡

En los últimos 35 años México ha realizado un esfuerzo extraordinario en el campo de la asistencia médica hospitalaria. De unos escasos centros hospitalarios que recordamos destacaban en 1940, para 1975 el número ha crecido en forma notable; en aquel entonces, la labor en la ciudad de México la hacían básicamente los hospitales General, Juárez, Militar y de los Ferrocarriles, y en la provincia unos cuantos más apenas si cumplían con las necesidades asistenciales y obligaciones docentes en las principales ciudades como Monterrey, Guadalajara, Mérida, etc. Los programas de seguridad social en todo el país vinieron a impulsar la práctica hospitalaria de la medicina al estructurar nuevos sistemas y modificar conceptos de trabajo, así como a ofrecer horizontes más amplios en la docencia y la investigación.

‡ Académico numerario.

A pesar de este crecimiento tan rápido y ostensible en lo cuantitativo asistencial, no se cubren aún las necesidades de toda la población y una gran proporción carece de asistencia médica; en lo cualitativo tampoco alcanza un óptimo razonable. Todavía pueden observarse graves fallas debidas, entre otras causas, a pobreza económica, mala distribución de médicos y lamentables incoordinaciones internas de las unidades y entre sí de los organismos y dependencias a que pertenecen; peor aún, la persistencia de una mala organización conduce a un defectuoso aprovechamiento de los recursos humanos y materiales. Es natural, entonces, que muchos de nuestros hospitales proporcionen servicios asistenciales criticables, hecho atribuible en buena parte a desconocimiento o mala implementación del proceso administrativo en alguna de sus fases.

La mala organización no es siempre la única razón responsable de tales deficiencias; entra también en juego la aplicación defectuosa de algunos más de los elementos integrantes del contexto administrativo, resaltando de inmediato la ausencia de planeación y la falta de continuidad de los programas, ya que por desgracia, intereses diversos precipitan la construcción y equipamiento de unidades médicas. Dos ejemplos confirman lo anterior: hace varios años una inusitada actividad en la S.S.A., resultó en la construcción a lo largo y ancho del país de múltiples centros, muchos de los cuales jamás se pusieron en marcha por insuficiencia de personal y costos de mantenimiento, así como por el cambio de políticas de trabajo; el otro, durante la organización de un importante centro hospitalario mexicano, una poderosa empresa multinacional

se recomendaba a sí misma por la experiencia adquirida al proporcionar equipo moderno a más de cien hospitales de diversos cupos, en varios países sudamericanos; con toda seguridad el negocio y las ganancias fueron excelentes, pero los hospitales, una vez terminados, continuaron trabajando como siempre, en forma obsoleta, pues ni el personal se había preparado para manejar el equipo "supermoderno" ni los presupuestos de mantenimiento habían sido calculados correctamente, fenómenos del subdesarrollo que no interesaban ni mucho menos preocupaban a la mencionada empresa comercial.

Vale la pena, por lo tanto, analizar brevemente el panorama general de la administración hospitalaria y comentar sobre posibles ajustes en renglones susceptibles a cambios que favorezcan una mayor eficiencia asistencial en tales unidades médicas. Para tal fin es conveniente comenzar con el intento de uniformar conceptos que ayuden a entender lo que se quiere decir; luego se sugerirán un mínimo de requisitos básicos de trabajo que se han de acatar dentro de los principios generales del proceso administrativo, capaces de contribuir a una mejor labor hospitalaria.

El hospital

Alrededor de 1958, un comité de expertos de la OMS definió el hospital como "una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también

un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación biosocial". Concebido en esta forma, el hospital sirve a la comunidad al ofrecer todos sus medios y recursos para fomentar la salud, prevenir y tratar las enfermedades y rehabilitar las invalideces; se integra a los programas de los otros organismos de salud del lugar, desbordando con esta actitud el campo de la asistencia médica, pero de ninguna manera responsabilizándose de todos los problemas sanitarios de tal comunidad; acepta, además, programas de docencia e investigación médicas y sociales, bien sea en colaboración con escuelas de la salud o por sí mismo.¹

Sorprende, entonces, que recientemente, la Oficina Sanitaria Panamericana filial de la OMS defina el hospital como "un establecimiento con personal organizado, con instalaciones permanentes que incluyen camas para pacientes internos, y con servicios que incluyen atención por médicos y cuidados continuos de enfermería para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los pacientes".

Tal definición, más precisa y delimitada que la anterior, cambia en forma definitiva el concepto fundamental de aquella; reduce la acción que ofrece la primera para el hospital en el amplio campo de la medicina integral, a la más concreta, pero más estrecha, que establecen los límites de la medicina curativa.

Al parecer, la Oficina Sanitaria Panamericana se concretó a traducir primero y difundir después, un glosario de términos estudiados y escritos en inglés por la Asociación Americana de Archivistas Clínicos, con criterio original dirigido por y a instituciones norteamericanas o países económicamente capacitados para apoyar

presupuestos exclusivos al diagnóstico de enfermedades y tratamiento de los pacientes. (Por lo demás, el Glosario es excelente.)² No desconocemos ni negamos en lo absoluto la importancia de esta área de la asistencia médica, pero creemos que en nuestro país, en particular, toda unidad o centro hospitalario debe optar, en tanto aislado administrativamente, por la consolidación de su estructura orgánica para alcanzar metas y objetivos que rebasen lo curativo e incursionen en lo integral médico. Tal es la acepción que en este trabajo se reconoce y emplea.

La administración

En segundo lugar, conviene revisar brevemente las etapas básicas del proceso administrativo, que al realizarse con la justa ortodoxia, logra el aprovechamiento máximo de los recursos y la mejor utilización de los avances científicos y tecnológicos para conquistar la finalidad que persigue, la eficiencia. Todo hospital requiere una red de sistemas y un conjunto de procedimientos para tomar decisiones, coordinar actividades, manejar personal y evaluar la ejecución de tareas que alcancen los objetivos del grupo. Los elementos comunes de aplicación universal se acomodan en 6 funciones generales: previsión y planeación, organización e integración, dirección y control. Cada uno de estos elementos tiene su propia individualidad y en conjunto forman el armazón teórico de la administración, pero en la práctica actúan como un proceso unitario, en acciones sucesivas o simultáneas, que al ejecutarse bien, deben mostrar armónica fluidez. Las tres primeras funciones son los elementos de la mecánica adminis-

F A S E M E C A N I C A



F A S E D I N A M I C A

1 Etapas básicas del proceso administrativo.

trativa; las tres últimas constituyen los aspectos dinámicos del proceso ^{3, 4} (fig. 1).

La previsión determina objetivos, investiga y analiza los medios para alcanzarlos y estudia los cursos alternativos de acción.

La planeación fija los principios que habrán de presidir y orientar el curso concreto de acción a seguir, la secuencia de operaciones convenientes para alcanzarlo, y la fijación de tiempos, unidades, etc., necesarias para su realización.

La organización se refiere a la estructuración técnica de las relaciones que deben darse entre las jerarquías, funciones y obligaciones individuales necesarias en un organismo social para su mayor eficiencia; es decir, dispone del personal, establece la comunicación y las relaciones

de los puestos entre sí, señala las líneas de mando, define ámbitos de control y límites departamentales, y delega autoridad.

La integración agrupa los procedimientos para dotar al organismo social de todos aquellos medios y recursos que la mecánica administrativa señala como necesarios para su más eficaz funcionamiento, escogiéndolos, introduciéndolos, articulándolos y buscando su mejor desarrollo. Aunque la integración comprende cosas y personas, lógicamente es más importante la de las personas y, en particular, la de los elementos técnico-administrativos o de mando.

La dirección impulsa, coordina y vigila las acciones de cada miembro y grupo del organismo, con el fin de que el conjunto de todos ellos realice del modo más eficaz los planes señalados para alcanzar la meta definida; toma las decisiones entre las alternativas que diariamente aparecen.

El control define el establecimiento de sistemas que permitan medir los resultados actuales y pasados a fin de saber si se ha obtenido lo que se esperaba; corrige, mejora y formula nuevos planes, aplicando siempre un proceso de ajustes según convengan.

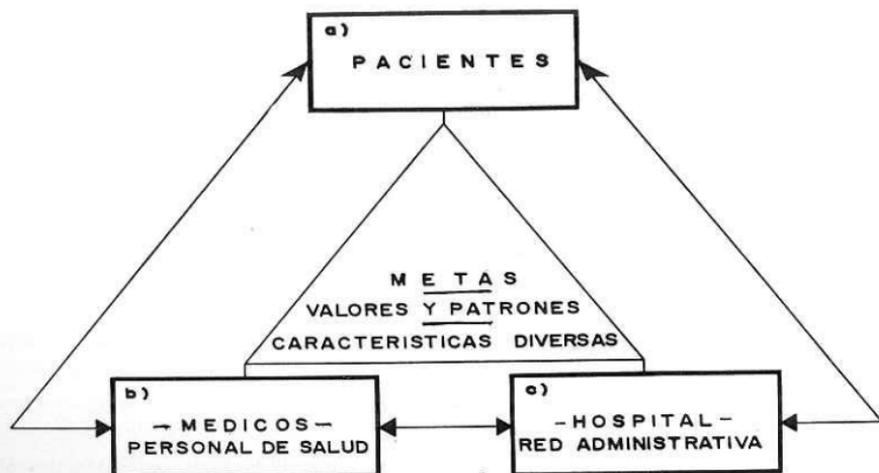
En resumen, administrar es coordinar esfuerzos humanos para obtener un objetivo determinado. La idea "está ligada a los conceptos de ordenar, normar, ejecutar dirigir y evaluar. La acción tiene una secuencia en el tiempo que se encierra en la fórmula prever, proveer, actuar y evaluar. El proceso administrativo implica la previsión de una situación, la planeación o programación, la ejecución con sus componentes de organización y dirección y por último, la evaluación. Estos ciclos se repiten indefinidamente y la evaluación, aunque final, enjuicia el programa y la situación resultante de las acciones; alimenta y reajusta eficazmente las etapas del ciclo siguiente. Por todo ello la admi-

nistración es un proceso continuo a lo largo del tiempo, que se desarrolla por medio de una sucesión de metas, que se repite periódicamente, en ciclos completos, en un intento de perfeccionamiento, y por aproximaciones sucesivas".⁵

El complejo hospitalario

El tercer punto de interés es la definición del complejo hospitalario; para este fin ya es necesario mencionar que la población a quien se sirve es el motivo básico de su ser. Tres componentes constituyen el complejo hospitalario:⁶ a) el sector receptor (el paciente), es decir, la población que recibe la atención médica (individuos, familias); b) el sector profesional que da la atención médica (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos diversos, etc.); c) el sector u organización social y física que facilita la atención mé-

2 Complejo hospitalario componentes-sistemas y estructuras-límite.



dica (hospital, clínica, sistemas y estructuras establecidas por la administración médica, etc.) (fig. 2). Con las interacciones e interrelaciones de los tres componentes (profesional, organización y pacientes) se confirman y ajustan la estructura del complejo, su forma y sus funciones. Pero independientemente del tipo y las metas de la institución, el objetivo de todo mecanismo es la eficiencia, por ser el medio de proporcionar con dignidad el servicio que el paciente merece.

La extensión de la asistencia médica, con consistencia científica y categoría ética, depende del papel racional y consciente que a cada una de las tres partes se le defina como su responsabilidad, y en seguida, de la coordinación que se establezca entre todas las acciones resultantes de la participación de cada sector. En tanto que el núcleo fundamental de toda la dinámica radica en las relaciones que entrelazan a los dos grupos humanos que participan en la escena (el que recibe y el que da el servicio), la eficiencia de la asistencia médica es resultado de la calidad del grupo profesional y la buena utilización de los recursos y facilidades administrativas y físicas (hospital propiamente dicho).

El paciente

Es natural que al llegar al hospital, el sector receptor (pacientes: individuos, familias, grupos) espere la curación o alivio de sus enfermedades, el mantenimiento o promoción de su salud y su pronta reintegración al núcleo social que les es propio. Los rasgos culturales, sociales, económicos y biológicos de nuestra

población le hacen adoptar ciertas actitudes y acudir en busca de esas finalidades en las más variadas circunstancias, muchas de ellas negativas; por ejemplo, en nuestro país la gente no ocurre siempre con la oportunidad conveniente. De aquí que el sector profesional deba procurar el incremento de conocimientos sobre salud y enfermedades de los grupos receptores para que éstos a su vez adopten en adelante la actitud de entrar en contacto más temprano con el hospital y su personal. Es indudable que la motivación resultante favorece la calidad de la asistencia aproximando las interacciones entre los tres componentes.

En 1972 México contaba con 52 millones de habitantes y presentaba características demográficas⁷ de importancia para los capítulos de previsión y planeación. Según la edad, la población se componía de los siguientes grupos proporcionales:

0 - 9	años	33%	(44% menores de 14 años)
10 - 19	años	24%	
20 - 29	años	15%	
30 - 44	años	15%	(40% grupo productivo)
45 - 64	años	10%	

Más de 65 años 3%

Las estadísticas vitales que más nos interesan por ahora (1965-1972)⁸ son:

- a) Tasa de natalidad: 43.9 por 1 000 habitantes.
- b) Esperanza de vida: 64 años.
- c) Mortalidad general: 9.0 por 1 000 habitantes.

- d) Crecimiento natural de la población: 35 por 1 000 habitantes (1 774 000 habitantes al año).
- e) Mortalidad infantil: 68.5 (1970), 61.5 (1972).
- f) Mortalidad preescolar: 10 (1965), 8.6 (1970).
- g) Mortalidad materna: 15 por 10 000 nacidos vivos.

En 1972 hubo 463 982 defunciones, clasificadas por grupos de enfermedad como sigue:

	%
Grupo A (Infecciones y parasitosis)	47.1
Grupo B (Perinatales)	6.3
Grupo C (Tumores)	4.6
Grupo D (Enfermedades cardiovasculares)	12.8
Grupo E (Múltiples)	28.7

De estas defunciones el 43.7 por ciento fueron niños menores de 4 años de edad.

Aproximadamente la mitad de la población vivía en localidades mayores de 5 000 habitantes (medio urbano); de esta mitad, 10 millones de habitantes vivían en el Distrito Federal y sus alrededores (área metropolitana de la ciudad de México); 1 700 000 en el área metropolitana de Guadalajara, y 1 400 000 en la de Monterrey. Es decir, el 50 por ciento de la población urbana del país se concentra en tres grandes capitales.

De los 25 000 000 de habitantes del medio rural, vale decir que muchos realizaban una continua corriente migratoria a los centros urbanos, con desplazamiento de trabajadores de actividades primarias hacia secundarias y terciarias.^{9, 10} En términos generales la población rural vi-

vía en 90 000 comunidades menores de 2 500 habitantes (80 000 con menos de 500 habitantes y 10 000 con 500 a 2 500 habitantes).

Se considera que la seguridad social cubre en el país un total de 13 899 000 beneficiarios;⁷ los 39 millones de habitantes restantes se atendían en la S.S.A. o por la medicina privada. En 1969 se dieron un total de 42 300 000 consultas (no incluyendo las privadas) y se hospitalizaron 2 200 000 pacientes;¹¹ parte de este número por algunas de las siguientes causas, en orden decreciente: complicaciones del embarazo, parto y puerperio (279 612); enfermedades infecciosas y parasitarias (169 884); enfermedades del aparato respiratorio (156 306); accidentes, envenenamientos y violencias (135 719); enfermedades del aparato digestivo (87 435).¹¹

El profesionista

El sector profesional del complejo hospitalario se integra con el muy variado personal que proporciona el servicio: médicos, enfermeras, técnicos diversos, trabajadoras sociales, archivistas, empleados, etc.; aunque constituyen un grupo heterogéneo en su preparación, procedencia social y miras particulares, tienen como lazo de unión su responsabilidad común de atender al paciente según su capacidad y área. Esta labor implica, de nuevo, coordinación en los procedimientos de trabajo, mantenimiento de un equilibrio de las relaciones humanas y desarrollo permanente de un programa de educación continua a todos los niveles. Esta labor implica, así mismo, remuneración y trato convenientes y justos para el que

trabaja, pero al mismo tiempo, a la recíproca, un claro conocimiento de sus obligaciones y derechos, del que trabaja.

Para 1969 laboraban en las instituciones médicas del país 113 592 personas, con la siguiente distribución:¹¹

Médicos	23 998
Enfermeras	25 520
Parteras	1 261
Personal técnico	17 605
Personal administrativo y de tendencia	45 208

Al 30 de junio de 1972, el total ascendió a 165 027 personas. El IMSS había incrementado su personal de 48 977 a 59 436;¹² el ISSSTE de 6 426 a 17 921, y el resto de las instituciones de asistencia social de 30 752 a 67 153 (incluyendo S.S.A.). Las instituciones privadas permanecieron estacionarias, aproximadamente en número de 20 000 empleados, con reducción del personal no médico y aumento del médico a 4 708 profesionistas. El número de médicos aumentó en esa fecha a 13 131 de 10 968 en el IMSS; a 4 308 de 995 en el ISSSTE; a 13 522 de 6 305 en el resto de las instituciones de seguridad social. Más del 50 por ciento de los médicos de las mismas trabajan en hospitales.

Según el Censo Nacional, en 1970 México contaba con 34 107 médicos o sean 71 médicos por 100 000 habitantes, o bien 1 414 habitantes por médico. En el Distrito Federal, habían 14 490 médicos y en Quintana Roo 27; en tanto que en el D. F., se tenía un médico para 474 habitantes, en Chiapas había un médico para 4 601 habitantes.¹³ De 2 388 municipios en el país, 1 267 contaban con médico y

1 121 (47 por ciento) no lo tenían (684 municipios sin médico estaban en Puebla, Yucatán y Oaxaca) lo que significan 5 000 000 de habitantes en los municipios y 24 000 000 en las localidades, carentes de médico. De continuar la tendencia del decenio 1960-1970 el 100 por ciento de los municipios del país tendrán médico en el año 2 030.¹⁴

Situaciones semejantes a las señaladas para los médicos, podemos aceptar en forma razonable que existan para todos los demás técnicos y auxiliares en las ciencias de la salud de nuestro país (químicos, laboratoristas, técnicos diversos, farmacéuticos, personal administrativo, etc.). Las complejas actividades que desarrollan ahora los hospitales obligan a echar mano de la amplia gama mencionada de colaboradores, cuya distribución, número, preparación, etc., están sujetos a comentarios parecidos, que por desgracia, al carecer de datos estadísticos para todas las instituciones, no podemos aseverar.

El organismo

El tercer sector integrante del complejo es el organismo, social y físico, que proporciona el ambiente donde interactúan los dos sectores ya descritos; lo constituyen los edificios, los departamentos y servicios, los objetivos y las metas, la estructura administrativa y sus relaciones internas y externas, en tal forma combinados que faciliten la ejecución de programas, procedimientos y normas que son la asistencia médica. De acuerdo a su dependencia, en el país los hospitales se clasifican en públicos y privados; según sus actividades y funciones, en generales, de especialidades, de especialidad, agudos

Cuadro 1 Unidades médicas en servicio según tipo de unidad por instituciones (México) 1969 *

	FFCC	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SM †	SDN ‡	SSA	Priv.	Otros
Total	93	838	607	209	14	201	2 041	666	32
991 Hospitales generales	17	11	28	11	14	23	438	426	23
325 Hospitales de especialidades	1	12	2				43	240	7
291 Clínica-hospital		291							
3 114 Atención externa	75	524	577	198		178			2

* S.I.C., Dirección General de Estadística, Anuario Estadístico Compendiado 1970, p. 67, 1971.

† Secretaría de Marina.

‡ Secretaría de la Defensa Nacional.

o crónicos. Cada una de estas clasificaciones a su vez puede desglosarse en diversidad de subgrupos (cuadros 1 y 2).

El primer Censo Nacional de Hospitales reveló la existencia de 1 200 hospitales, 47 500 camas y un índice de 1.7 camas por 1 000 habitantes.

En 1969 habían 1 607 hospitales con un cupo de 69 494 camas.¹¹ En 1972 el número de camas ascendió a 69 803, con incremento en los hospitales del sector público y disminución de la capacidad en los hospitales privados; el índice era de 1.4 camas por 1 000 habitantes (cuadro 3).

Para 1973 se considera que de acuerdo con la población atendida y el número de

Cuadro 3 Número de camas en el país

	1969 *	1972 †
S.S.A. y otros	30 413	34 512
I.M.S.S.	15 976	18 415
I.S.S.S.T.E.	1 940	2 709
Privados	21 165	14 167
Total	69 494	69 803

* Dirección General de Estadística. Anuario Estadístico Compendiado 1970, página 67, 1971.

† S.I.C., Dirección General de Estadística. Estadísticas Básicas de México, página 5, 1973.

camas por institución pública, los índices son los siguientes:¹⁰

I.M.S.S.	1.93	camas por 1 000 beneficiarios
I.S.S.S.T.E.	1.7	" " 1 000 "
S.D.N.	3.5	" " 1 000 "
F.F.C.C.	2.7	" " 1 000 "
PEMEX	1.9	" " 1 000 "
S.S.A.		No calculable

Los presupuestos de operación y mantenimiento, de salarios y prestaciones, ascienden a miles de millones de pesos anuales. El nivel es variable, como lo es el costo día-cama, de 130 a 900 diarios, según la Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.

El costo promedio actual (1973) de construcción para el servicio hospitalario

Cuadro 2 Unidades médicas en servicio, por instituciones, 1972 *

I.M.S.S.	944	(838) †
I.S.S.S.T.E.	680	(607) †
S.S.A. y otros	3 080	(2 465) †
Privados	1 152	(666) †
Total	5 856	

* S.I.C., Dirección General de Estadística. Estadísticas Básicas de México, página 5, 1973. (Al 30 de junio de 1972.)

† Unidades en servicio en 1969.

es de 3 000 pesos por metro cuadrado, y teniendo cada cama una superficie promedio de 50 m.² el costo por cama alcanza los 150 000 pesos. Si agregamos a este precio la inversión en equipo, que se calcula en 50 por ciento del costo del metro cuadrado de construcción, más el costo del terreno, contemplamos una suma respetable invertida por cama del hospital.

Intimamente integrado a todos los puntos señalados está el proceso administrativo, o debe estar; la administración capaz organiza el uso de los recursos disponibles con un sentido de economía y efectividad que se traduzca en una digna asistencia médica hospitalaria.

Comentarios

En este trabajo nos concretamos a consideraciones diversas de la asistencia médica hospitalaria y sus aspectos administrativos. Deseamos insistir que el hospital en la vida moderna mexicana es más que un centro de diagnóstico y tratamiento; es una unidad de amplia acción diversificada en los ámbitos de la salud y enfermedad, que ejerce una influencia definida sobre la comunidad donde está situado y con frecuencia hasta límites lejanos que los transportes modernos empequeñecen. De ahí que *reconocer su gran responsabilidad ante la sociedad es el primer requisito básico del sector profesional.*

Esta responsabilidad nace de las funciones propias del hospital: asistencia, docencia, investigación y administración. Realizar con decoro estas funciones necesariamente involucra la coordinación de por lo menos tres operaciones: asimilar el progreso diario de la ciencia y la tecnología aplicable a la mejor atención del

paciente; vigilar el compromiso económico que acarrearán los costos y presupuestos en ascenso continuo, y luchar en forma permanente contra las múltiples deficiencias peculiares a nuestra situación real de posibilidades en cada uno de los tres sectores integrantes del complejo hospitalario.

La atención médica de calidad exige personal profesional y auxiliar competentes y en número adecuado, atributos ambos todavía inalcanzables en muchos sitios. En nuestro país la irregular distribución agudiza aún más la dificultad de contar con personal eficaz, excepto en ciudades y poblaciones que lo atraen por razones profesionales, académicas, económicas y sociales. Nada de esto invalida la inevitabilidad de que *el segundo requisito fundamental en cualquier hospital es un cuerpo médico organizado*, experto y naturalmente consciente de su papel como guía y maestro en el servicio que le corresponda, y como ejecutor, a través de sus colaboradores y equipo técnico, de los pasos conducentes al éxito dentro de las condiciones que imperan en el ambiente de su trabajo.

Durante la exposición de los datos y conceptos que se han presentado, ofrecemos o insinuamos condiciones obligadas de conservar en mente para beneficio de la labor hospitalaria. Con base en esos mismos datos y conceptos, a los dos requisitos mencionados podemos agregar otros más, mínimos indispensables para un servicio médico de calidad. Algunos de estos requisitos pueden cumplirse en cualquier hospital; otros están sujetos a situaciones y circunstancias difíciles o imposibles de vencer por ahora, aun en los hospitales más privilegiados.

A. Los requisitos mínimos indispensables de todo hospital, en el área médico-asistencial, capaces de cumplirse sin dificultad ni excusa, y clasificados según los componentes del complejo hospitalario, son los siguientes:

- 1) Para la población receptora de los servicios, proporcionar:
 - a) Examen médico consciente y expediente clínico al día.
 - b) Manejo ético y científico.
 - c) Trato cordial.
 - d) Educación para la salud y enfermedad.
 - e) Información sobre el hospital.
- 2) Para el hospital que facilita los servicios, contar con:
 - a) Departamentos de hospitalización y consulta externa coordinados.
 - b) Departamentos de laboratorio, radiología y patología eficaces.
 - c) Servicio de emergencia bien equipado.
 - d) Archivos clínicos y estadísticas actualizadas.
 - e) Enfermería, dietética y farmacia con personal idóneo.
- 3) Para el personal profesional y auxiliar que da los servicios, vigilar estrechamente que:
 - a) Esté perfectamente definido y conocido el organigrama.
 - b) Se observen los antecedentes académicos y profesionales en la jerarquización.
 - c) Se mantenga un programa de educación continua a todos los niveles.

- d) Se redacte y ejecute el manual de normas y procedimientos.
- e) Se establezca un programa de supervisión y control.

B. El segundo grupo de requisitos indispensables comprende aquellos condicionados por circunstancias singulares, ajenas de hecho en gran parte a la decisión del sector profesional del hospital. Tales son, como más importantes, la integración del personal idóneo y el equipo necesario, la disponibilidad de presupuestos convenientes y la designación adecuada de las autoridades técnicas y administrativas superiores.

La falta de competencia y el número insuficiente del personal, el equipamiento incompleto y los presupuestos escasos son, sin duda, factores que operan en forma negativa, como obstáculos insalvables aparentemente, en contra de la calidad asistencial. Como también lo es el hecho, sujeto a las reglas de juego establecidas en nuestro medio, de que sean designadas las autoridades técnicas y administrativas del hospital, según el grupo, la amistad, las necesidades políticas, por orden superior, etc., y no propiamente en base al principio de la persona adecuada, en el puesto adecuado.

Bien poco podemos nosotros modificar las condiciones determinantes de cada uno de estos aspectos mencionados. La adquisición de todo el equipo y la decisión de los presupuestos óptimos que influyen sobre la eficiencia de los servicios están más allá de nuestro alcance. La solución a la distribución inadecuada del personal implica la intervención en los múltiples factores representativos de las fuerzas operantes (el poder público, las institu-

ciones de salud y docentes, el propio desarrollo integral del país) que lleve a conclusiones favorables en las áreas académicas, sociales y económicas, atractivas para el sector profesional tanto en la provincia como en las grandes capitales.¹⁵ Los mismos médicos desconocemos la magnitud de los servicios con que cuenta la nación y carecemos, por lo tanto, de un criterio unificado al respecto,¹⁶ información que pudiera estimular por sí sola a buscar otros horizontes de actividades.

Al concentrar nuestros esfuerzos en mejorar la calidad de la asistencia médica hospitalaria, aparecen de inmediato dos preguntas básicas: ¿qué entendemos por calidad? y ¿cómo puede evaluarse?

En lo que toca a la primera, se reconocen algunas normas referentes al grado en que la atención médica es posible, aceptable, integral, continua y documentada y el tratamiento se base en el diagnóstico preciso y no en la sintomatología.¹⁷ Este campo es tan amplio que la evaluación es difícil de realizar en algunos aspectos; es objetiva en ciertos ángulos y subjetiva en otros más. Muchos de los pasos que garantizan la calidad médica son susceptibles de registrarse, tratarse y analizarse por la metodología estadística; pero los que implican valores abstractos, morales y cualitativos, dificultan la medición por su carácter subjetivo, como es el juicio clínico básicamente.¹⁸

En virtud de estas serias objeciones a un método universal y sencillo de evaluación, los expertos aceptan la necesidad de considerar todas las técnicas actuales como imperfectas e incompletas. Es más, "el equipo humano que analiza y evalúa puede a su vez malinterpretar las posibilidades de su técnica y actuar con prejuicios,

sin serenidad ni ponderación".¹⁹ A pesar de los aspectos negativos señalados a las técnicas y procedimientos de evaluación médica, es indudable que la supervisión y el control de las actividades en cualquier organismo, y desde luego en el hospital, deben constituir la fase final del proceso administrativo y por lo tanto integrarse con las demás etapas, así tengan que sujetarse las medidas de supervisión y control a estrecha vigilancia por sus fallas y orientaciones tendenciosas. *La evaluación, pues, aún sin que pueda llevarse a sus últimas consecuencias, es uno más de los requisitos mínimos indispensables al sostenimiento y progreso permanente de la eficiencia.*

Consideremos, por último, para enfatizarlos como merecen, dos valores que proporcionan el verdadero sostén a la trama administrativa y estructura médica. Estos dos valores, determinantes de las dimensiones que deseamos darle a nuestro trabajo en extensión y fecundidad, son la comunicación y el tiempo: la comunicación que sepamos establecer en el hospital y el tiempo que le demos al hospital.

La comunicación es el único proceso que enlaza a todos los seres humanos de la institución. Se fomenta y parte de la dirección, las oficinas, las salas de junta, la biblioteca y las aulas; se establece en sentido vertical y horizontal; se vale de la información, la educación y la orden verbal o escrita; aprovecha los símbolos y la imagen, la palabra escrita y hablada; se transmite en el diálogo, los cursos, la sesión clínica y los datos estadísticos; se mantiene en la consulta externa, las salas de hospitalización, los talleres y los laboratorios; de tal modo que al coordinar los grupos, entre sí y con el público, capaci-

tarlos y motivarlos, promueve y mejora la asistencia, la docencia, la investigación y la administración.

Pero todas las actividades se planean, ejecutan y evalúan en función del tiempo, el tiempo que se otorgue al hospital también en sentido vertical y horizontal. No se puede concebir la obra consciente y satisfactoriamente en marcha, o terminada, sin ligarla con este valor. Su aplicación vertical, por día, permite a todo miembro del personal —desde el director y administrador, hasta la auxiliar de enfermería, mensajeros y operarios— a desempeñar sus obligaciones, analizar y meditar los problemas rutinarios, con tanta más eficacia cuanto mayor tiempo tiene a su disposición. (Con estas líneas no se trata de abordar el problema básico del profesional de la salud en todos los niveles, en su necesidad e imperativo económico que lo impulsan a correr de un lado a otro, de un trabajo a otro para estirar al máximo su tiempo; sino el de fijar al hombre en un solo sitio, entendiendo el sentido ético y eficiente del tiempo como valor, que el mismo profesional con frecuencia olvida o desprecia.) Y en sentido horizontal, en el correr de los meses y años, este valor tiempo debe también comprenderse: define planes, programas y hechos; evalúa y ajusta los resultados y objetivos, y vuelve a impulsar en acción infinita; y al médico, enfermera, empleado o funcionario, lo adiestra y capacita, lo hace evolucionar y a veces hasta madurar para entender su papel y el de los demás en el ambiente hospitalario.

En esta evolución que el tiempo propicia, radica la esperanza de eliminar lo negativo y fortalecer lo positivo que atesoramos en nuestros hospitales.

REFERENCIAS

1. Benavides, L.: *La medicina preventiva en el Hospital Infantil de México*. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 17:847, 1960.
2. Organización Panamericana de la Salud: *Glosario de Términos Hospitalarios*. Publicación Científica No. 261, American Association of Hospital Record Librarians. Chicago, 1973.
3. Dirección General de Personal Académico y Administrativo (Depto. de Capacitación): *Curso de actualización sobre administración de personal*. U.N.A.M. México, 1973.
4. Martínez-Narváez, G.: *Elementos básicos de la administración en salud pública*. Sal. Páb. de México. 14:383, 1972.
5. Vázquez-Vigo, M.: *Evaluación: Concepción metodológica*. Memorias de la XIV Reunión Anual de la Asoc. Mex. de Fac. y Esc. de Med., A. C. Boletín de la AMFEM. 10:101, 1971.
6. Myers Beverlee A.: *A guide to medical care administration. Concepts and principles*. Vol. 1, Am. Pub. Health Ass. Washington, 1970.
7. Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadísticas: *Basic statistics on México*. 1973.
8. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección de Bioestadísticas: *Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos (1971)*. p. 2, México, 1973.
9. Heredia-Duarte, A.: *El incremento de la mortalidad infantil en México*. GAC. MÉD. Méx. 103:475, 1972.
10. Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.: *Necesidades de atención médica de la población. La atención hospitalaria y ambulatoria*. Primera Convención Nacional de Salud. México, 1973.
11. Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadísticas: *Anuario Estadístico Compendiado, 1970*. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1971.
12. I.M.S.S., Departamento de Estadística: *Anuario Estadístico de Servicios Médicos y de Recursos Humanos y Materiales de 1971*. México, 1972.
13. Collado-Ardón, R. y García-Torres, J. E.: *Los médicos en México en 1970*. Salud Pública de México. 17:309, 1975.
14. Collado-Ardón, R. y García-Torres, J. E.: *La investigación del ejercicio de la medicina en México. La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos*. U.N.A.M. Fac. de Medicina e Instituto de Investigaciones Sociales. En prensa.
15. Collado-Ardón, R. y Rivera-Castro, A.: *La investigación del ejercicio de la medicina en México. Sugerencias de los médicos para mejorar la distribución de médicos en el país*. U.N.A.M. Fac. de Medicina e Instituto de Investigaciones Sociales. En prensa.

16. Collado-Ardón, R. y Ricalde-Carlos, E.: *La investigación del ejercicio de la medicina en México. La cobertura médica según los médicos*. U.N.A.M. Fac. de Medicina e Instituto de Investigaciones Sociales. En prensa.
17. Esse-Istyn y Caldwell, B.: *Principles of physician remuneration. Papers and proceedings of the National Conference on Labor Health Services*. Washington, D. C. American Labor Health Association, junio 16-17, 1958, p. 122.
18. Morehead, M. A.: *The medical audit as an operational tool*. *Am. J. Pub. Health.* 57: 1643, 1967.
19. Gómez-Noguera, B.: *Bases doctrinarias para la evaluación de la atención médica*. Primera Convención Nacional de Salud, México, D. F., julio 1973.