

La Asociación Mexicana de Hospitales y la atención a la salud

I. INTRODUCCION

GUILLERMO FAJARDO-ORTIZ*

Hace treinta años fue creada la Asociación Mexicana de Hospitales y, desde entonces ha venido funcionando ininterrumpidamente con los mismos ideales que fueron propuestos inicialmente, los cuales pueden resumirse en uno solo: el mejoramiento de la atención médica y de los hospitales a través de la evaluación de prácticas técnico-administrativas.

Se iniciaba el quinto decenio del siglo en que vivimos, época en que ya había nacido en varios países como disciplina la administración de la atención médica y de hospitales, cuando un grupo de médicos, arquitectos, contadores, administradores y enfermeras, motivados por el doctor Antonio Ríos Vargas, sintieron la necesidad de reunirse en una agrupación donde estuvieran representadas las diferentes ciencias y técnicas que intervienen en la planeación, organización, operación y evaluación de hospitales, con objeto de unir esfuerzos, integrar acciones y coordinar experiencias.

Con el paso del tiempo los campos de acción de la Asociación se han ido ampliando, y actualmente abarcan otros aspectos del sector salud y trasciende al medio internacional.

La Asociación es una de las raíces de la administración de la atención médica en México; en ella nació el curso de administración de hospitales; en sus aulas se han adiestrado directores y administradores nacionales y extranjeros; sus locales alojan a la Federación Latinoamericana de Hospitales, A.C.; su biblioteca ha sido la base de tesis y documentos importantes, que orientan en el manejo de servicios médicos; en ella se han gestado en una u otra forma importantes cambios o tendencias de la atención médica del país de los últimos años; sus miembros, profesores o exalumnos han participado en la planeación de hospitales del IMSS, en la fundación de los servicios médicos del ISSSTE, en reorganizaciones de los servicios médicos del Departamento del D.F., en la construcción de unidades médicas de la S.S.A., en la creación y administración de sanatorios privados, en la fundación de cursos de administración de hospitales y en muchas actividades nacionales e internacionales técnicas y administrativas.

En esta ocasión los médicos participantes en este simposio, miembros de la asociación presentan el estado actual de algunos antecedentes recientes de la administración de la atención médica.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 23 de noviembre de 1983.

* Académico numerario.

II. PANORAMA DE LA SALUD EN MEXICO

JOSE ANTONIO VILA M.*

Para iniciar esta exposición quiero dejar sentado que el importante capítulo del diagnóstico de salud en México, base para tratar el tema que nos ocupa, simplemente será esbozado por dos razones fundamentales; la primera es que la extensión de este punto nos llevaría mucho tiempo y por otra parte la información disponible es incierta, no se encuentra actualizada y es, en suma, poco confiable. Recordemos los siguientes hechos:

- El aumento en la expectativa de vida de los mexicanos que de una media de 37 años en 1930, ha llegado a ser superior a los 65 en 1980.
- Se ha logrado el control de varias enfermedades durante muchos años endémicas, como la tosferina, la difteria y la poliomielitis entre otras.
- Un buen indicador del mejoramiento cualitativo y cuantitativo, de los servicios de salud, es la tasa de mortalidad que se ha reducido entre 1930 y 1978 de 25.6 a 6.4 por cada mil habitantes.

Muchos son sin embargo, los factores que no han permitido la consecución plena del derecho a la salud. La desnutrición y la carencia de satisfactores básicos, afectan a un gran grupo de la población. Continúan entre las principales causas de defunción en nuestro país, las infecciones del aparato digestivo, enteritis y diarrea, así como las infecciones agudas respiratorias: neumonía e influenza. Por otra parte se han incrementado, en forma alarmante, las muertes debidas a accidentes laborales y de tránsito al igual que las causadas por enfermedades crónico-degenerativas. Un dato significativo es que en 1978 las enfermedades del corazón ocupaban el primer lugar de mortalidad en el Distrito Federal, y la tendencia observada permite estimar que ocupa el primer lugar en el país.

Para afrontar los problemas de salud en México, debemos considerar los siguientes factores: En 1981 el IMSS amparaba una población de 26.9 millones de derechohabientes; por su parte el ISSSTE tenía una cobertura de 5.1 millones; la SSA que se considera cubre la atención a la población abierta que carece de los servicios de salud antes mencionados o que no puede costearse directamente sus servicios de atención en establecimientos privados, ampara aproximadamente a 19.5 millones de personas. Por otra parte el programa IMSS-COPLAMAR cubre una

población de 10.3 millones. Lo que en conjunto da un total de 61.8 millones de personas protegidas para dar una cobertura nacional de 89 por ciento. Como además existe la medicina privada y otros servicios públicos como el de las Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos, etc., parecería que el país tiene cobertura total, que logra mantener con una inversión de poco más del 3 por ciento del producto interno bruto.

Desde otro ángulo, si se analiza el número de personas que recibió consulta en el primer nivel de atención médica, considerado éste como el canal de entrada a los sistemas de atención por niveles, fue de 37.4 millones de personas atendidas, que corresponde al 82.8 por ciento de la población potencialmente amparada y al 54 por ciento del total de la población del país. Si a este 54 por ciento le sumamos el 8 por ciento de la cobertura privada y un 3 por ciento de la población amparada por otras instituciones públicas nos daría un total de 65 por ciento de la población mexicana que resuelve sus problemas de salud en el sistema de servicios de salud del país. Este último porcentaje nos plantea la necesidad de investigar como lo resuelve el 35 por ciento restante.

Preocupación de los últimos gobiernos ha sido el tratar de unificar los múltiples sistemas de la atención médica mencionados, por lo que actualmente se están tomando medidas tendientes a lograrlo. Después de realizar los estudios correspondientes, se está consolidando la integración de los servicios de salud para evitar duplicación de funciones y tratando que la calidad de la atención médica sea consistente a lo largo del país.

Desde hace ya varios años se vió la necesidad de coordinar los diferentes programas y servicios de salud; sin embargo, esta labor no ha sido sencilla. No fue sino hasta 1981 que en la Presidencia de la República se creó la Coordinación de Servicios de Salud, en donde se estudiaron las opciones administrativas para regular y racionalizar la actividad gubernamental en este campo. La instrumentación de estas reformas se plasma, en primera instancia, en la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud como queda ahora expresado en el artículo 4o. de nuestra Constitución, que dice... "Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

Para no acrecentar ni complicar el aparato burocrático, administrativo, fiscal y laboral, se consideró prudente la creación de un sistema nacional de salud ya sea en la modalidad de integración orgánica o estructural o bien en la de integración funcional o programática, siendo la primera la menos factible. Para la integración orgánica, se incorporaron al IMSS la Comisión Federal de Electricidad en 1978 y los Ferrocarriles Nacionales de México en 1981. Los

* Coordinación General. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

servicios de atención médica primaria de los Centros de Desarrollo Familiar y Comunitario del DIF en el Distrito Federal, fueron incorporados a la SSA en el presente año. Por otra parte se ha transferido el personal de la Dirección General de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los empleados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se adscribieron a las clínicas del ISSSTE. Para la integración funcional, se establecieron normas comunes y de compromiso institucional para cumplir los programas. Aquí los elementos administrativos deben ser comunes con fines de coordinación, y organización, así como de supervisión y evaluación de los programas, con base en la dotación de recursos, el manejo de los sistemas de información y trabajos de investigación. Elementos fundamentales para lograr esta integración son la sectorización, la descentralización y la desconcentración, dentro del marco de modernización administrativa que en general el gobierno ha puesto en marcha en el país. El primer término, sectorización, es el agrupamiento de entidades bajo la coordinación de una secretaría o un departamento, toca en este caso a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la coordinación del Sector Salud. La descentralización es un proceso de transferencia de facultades, programas y recursos de la administración pública federal a una persona moral de derecho público, que tiene autonomía técnica y orgánica. Puede ser un órgano de la administración pública local, un funcionario municipal o un organismo descentralizado. La desconcentración es el proceso de transferencia de facultades, programas y recursos de las unidades administrativas superiores a inferiores de la misma dependencia, que disponen de autonomía técnica pero quedan bajo el control jerárquico de aquéllas.

Las estrategias a seguir dentro de este marco sectorial 1983-1985 son las siguientes:

- Delimitación del universo de atención institucional.
- Unificación de normas y criterios para la operación homogénea de los programas y acciones.
- Sistema de información sectorial en salud.
- Sistema de vigilancia epidemiológica.
- Definición de ordenamientos jurídicos de la Asistencia social.

Con objeto de lograr tales fines se han realizado varias reformas cuyo fin es ampliar el marco de acción de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia. La implantación del sistema conduce a una reorganización y ampliación de los atributos del Consejo de Salubridad General, como el de establecer los cuadros básicos de insumos del Sector Salud, medicamentos, materiales de curación, instrumental, equipo, etc.

Dentro de la misma estrategia han sido reformadas las leyes del Seguro Social y del ISSSTE. El secretario de salubridad es, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, miembro del consejo técnico, cuyo presidente es el director de la institución, siendo ambos funcionarios, consejeros por parte del Estado. En el ISSSTE, el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia es miembro de la Junta Directiva, que se constituye con el director de la institución, nombrado por el Presidente de la República, dos miembros nombrados por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, dos por parte de la Secretaría de Programación y Presupuesto y cinco más en representación de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado.

Y de acuerdo con lo expuesto en el artículo 39 de la Ley de la Administración Pública Federal, se encomienda a la Secretaría de Salubridad y Asistencia las funciones de establecer y dirigir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, exceptuando lo referente a la contaminación ambiental, así como la coordinación de los programas de servicio a la salud realizados por la administración federal. Estos cambios de funciones han provocado una reestructuración dentro de la propia Secretaría de Salubridad, como ha sido la reinstauración de la Subsecretaría de Planeación cuyo trabajo es el de velar por el cumplimiento de las tareas de sectorización inherentes a la dependencia.

Inquieta saber cual será la repercusión que dentro de este contexto tendrá la práctica médica en la relación médico-paciente. A este respecto podemos consignar algunos puntos que nos parecen de capital importancia: definitivamente los sistemas de control ocasionarán una relación más rígida desde el punto de vista jurídico en el contrato de prestación de servicios. En un marco institucional, la relación se verá afectada por los intereses y objetivos institucionales, ya que es evidente que el paciente tomará ciertas actitudes frente al profesional a quien no seleccionó voluntariamente y el médico también modificará sus actividades frente a la persona que no le retribuye directamente por los servicios que le proporciona.

III. LAS PRACTICAS Y LAS TECNICAS DE PLANEACION EN LA ATENCION A LA SALUD. PERTINENCIA Y NECESIDADES

ROBERTO CASTAÑÓN-ROMO*

En el acta constitutiva de la Asociación Mexicana de Hospitales se señaló que una de sus finalidades es: "Promover el mejoramiento en la planeación, construcción, organización y dirección de los hospitales".

* Sector Salud y Seguridad Social. Secretaría de la Contraloría General de la Federación.

Múltiples han sido las aportaciones en este campo de los miembros de la asociación. Han participado médicos, arquitectos, administradores, contadores, enfermeras y otros profesionales; destacan los trabajos de los doctores Fajardo Ortiz, Ruíz de Esparza, Barquín Calderón y del recientemente fallecido doctor Antonio Ríos Vargas.

Con el fin de desarrollar el tema que me ha sido encomendado, trataré de dar respuesta a cinco preguntas básicas: ¿Qué es la planeación? ¿Por qué planeamos? ¿En qué nivel? ¿Quién planea? y ¿Cómo lo hacemos? La palabra "planeación" tiene muchos significados, de manera muy amplia podemos aceptar que planeación es la toma de decisiones actuales a la luz de sus efectos futuros. Se dice que más que una metodología es una actitud mental. Una definición más operativa es que la planeación es el desarrollo de una serie de acciones, que esperamos nos lleven a los resultados deseados. La planeación en salud es visualizada como la integración de la tecnología de las ciencias físicas y las sociales a la actividad política, en un esfuerzo concertado para promover la salud.

¿Por qué planeamos? La planeación no sería necesaria si las siguientes dos aseveraciones fueran válidas: Primera, que el mundo es estático y sin posibilidad de cambio y segunda que el mundo es como debería ser. Estoy seguro que hasta quienes no confían en la planeación no aceptan como válidas las anteriores afirmaciones. Entonces ¿Por qué no planean?, tal vez porque ellos están convencidos de que "la mano invisible" descrita por Adam Smith guía las

actividades de la humanidad hacia su uso óptimo. Existen muchos estudios serios que aportan suficiente evidencia para dudar de la validez de ese concepto. Consecuentemente, si no existe tal "mano invisible", debe haber algún mecanismo para asegurar que nuestras acciones sean dirigidas a través de métodos eficientes para obtener los resultados deseados.

¿A qué nivel se planea? La planeación en algún grado, ocurre a todos los niveles de organización humana, se inicia con el individuo y culmina a nivel nacional. Para nuestros propósitos de planeación en salud, me parece útil la división en tres niveles, el primero llamado planeación de proyectos que se realiza en las unidades o departamentos de las instituciones, ésta es una planeación de asuntos operacionales, con un enfoque limitado, basada en técnicas de solución de problemas y en búsqueda de eficiencia. El siguiente es la planeación de sistemas que tiene que ver con un rango más amplio de asuntos estratégicos, se pone énfasis en el uso de técnicas de optimización que afecten satisfactoriamente la relación entre los componentes de un sistema, su objetivo último es la efectividad y no simplemente la eficiencia. En la planeación de sistemas a nivel de instituciones o autoridades regionales, se integra un grupo de proyectos asegurando que los recursos sean utilizados para el beneficio de la población total, en lugar de servir a un segmento específico del interés de alguno de los proyectos. El tercer tipo de planeación es la formulación de la política, ésta es normativa y le da énfasis al cambio de valores en los sistemas a fin de

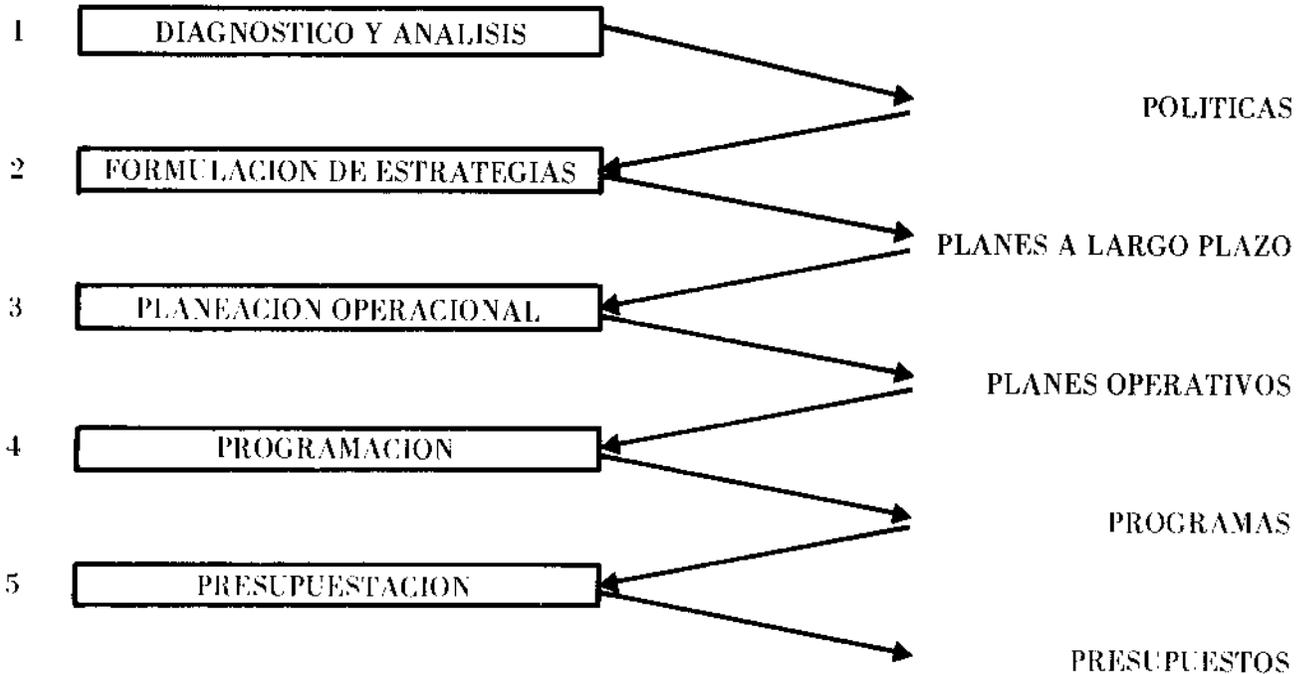


Fig. 1. Diagrama de Actividades de planeación.

alcanzar objetivos de equidad e igualdad. Establece el marco general en el que se dará la planeación y desarrolla los criterios para la evaluación de la efectividad de los sistemas. Esta planeación normativa se origina a nivel nacional y es responsabilidad gubernamental a través de leyes, decretos, acuerdos o normas generales, como son las políticas.

¿Quién planea? De acuerdo a los niveles de planeación anteriormente expuestos, los planificadores tendrán diferentes papeles. A nivel departamental o de unidad ellos podrán primariamente estar envueltos en funciones administrativas o productivas y realizarán la planeación como una actividad complementaria. Generalmente a este nivel el directivo es el responsable y se integran en él la planeación y la toma de decisiones.

A nivel institucional o de región de salud, generalmente se cuenta con un grupo *staff* cuya misión primaria es la planeación y son los responsables de presentar las alternativas de acción. La planeación de política es realizada por un grupo de expertos con diferentes planes y programas de las instituciones o regiones de salud con los planes nacionales de desarrollo y establecer los criterios y las normas generales para la planeación y programación en los niveles inferiores.

¿Cómo planeamos? En forma diagramática se intentará dar respuesta a esta pregunta de manera muy simplificada. En la figura 1 se resumen las actividades de planeación. En la columna de la izquierda aparecen las actividades básicas que se

realizan y en la de la derecha los productos que obtenemos, que desencadenan a su vez la siguiente actividad.

En primera instancia, hacemos un diagnóstico de la situación de salud y en base a él establecemos un pronóstico de salud, que nos permite señalar prioridades y obtener como producto las políticas que originan la actividad de formulación de estrategias para cumplirlas y definir a su vez los planes a largo plazo con los objetivos a alcanzar, que necesitan de la planeación operacional para obtener como producto los planes operativos, estos planes operativos a su vez desencadenan la actividad de programación; es decir, poner en tiempo y en espacio nuestras acciones, para tener como producto los programas de salud, y para agregarles factibilidad, hay que ponerles dinero y para ésto se efectúa la actividad de presupuestación, con lo cual se obtiene como producto los presupuestos. Esto es, un diagrama muy simplificado de las actividades básicas de planeación y cuáles son los productos que obtenemos.

Para que podamos planear en salud debemos partir de una definición o de un modelo de cómo funciona el sector y cuáles son sus elementos. La fig. 2 nos muestra los elementos básicos que componen el sector salud. Partimos de la estructura y tendencia de crecimiento de la población expuesta al riesgo evitable de enfermar o morir, que las conocemos a través de un sistema de información y de investigaciones, que además, nos permiten contar con nuevas tecnologías, para que por medio

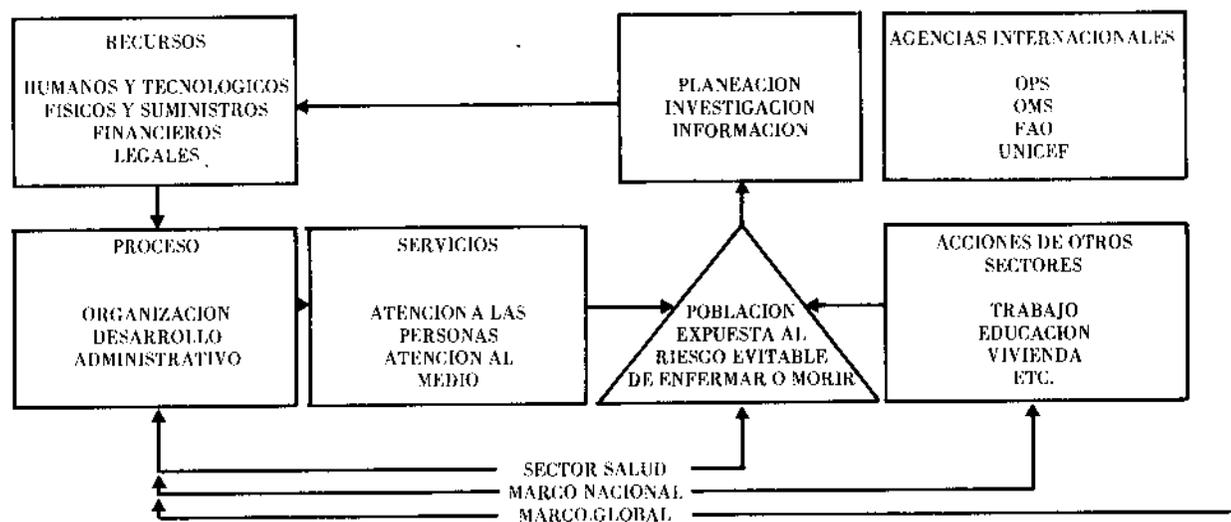


Fig. 2. Modelo global del sector salud.

de la planeación y programación podamos integrar los recursos humanos, tecnológicos, físicos, financieros y legales a través de un proceso de organización y desarrollo administrativo, para ofrecer a la comunidad los servicios de salud, que en este caso los hemos definido en dos grandes grupos de servicios: Los de atención a las personas y aquellos que son de atención al medio. Si a esto le agregamos las acciones que realizan otros sectores como el de trabajo, educación, vivienda, etc., que tienen mucha importancia para mejorar las condiciones de salud, tendremos entonces el marco nacional de acción del sector. Y si a estas acciones le agregamos además aquellas que realizan algunas agencias internacionales, tendremos lo que sería el marco global de acción del sector salud.

Con esta visión de nuestro sector, se puede pasar a la fig. 3, más complicada y con más elementos de lo que es el proceso de planeación. Partimos nuevamente de la población y sus factores condicionantes, con lo que se establece un diagnóstico general de la situación del país, con un producto básico: Las políticas nacionales, que deben estar contenidas en un plan nacional de desarrollo y como parte de este diagnóstico sectorial de salud que está influido por el modelo global del sector que se tenga y obtendremos como producto un plan nacional de salud, que está condicionado por las políticas del sector que son producto de las políticas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo. El Plan Nacional de Salud, deberá definir las estrategias y los objetivos a alcanzar, y señalar una apertura

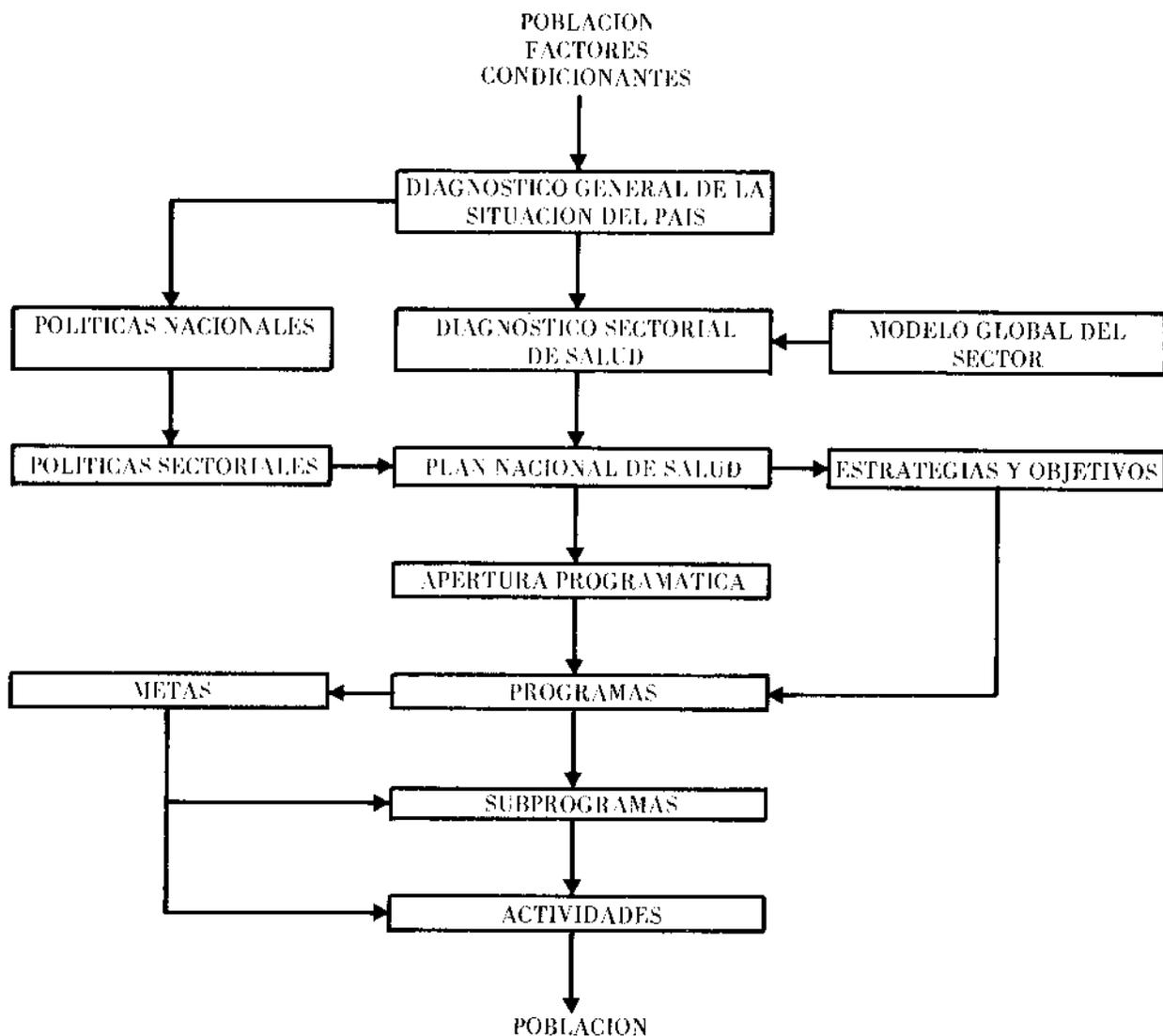


Fig. 3. Modelo de planeación.

programática. La apertura programática es simplemente un ordenamiento de las acciones que realizamos de acuerdo a un criterio racional de integración de aquellas actividades afines. A este nivel podríamos hacer una división y decir que hemos estado hablando de las acciones de planeación en su marco general, los siguientes pasos corresponden más al proceso de programación; es éste el punto de enlace entre la planeación y la programación. Los programas están condicionados por los objetivos y estrategias que se señalen en el Plan Nacional de Salud y por un acomodo de las acciones que nos da la apertura programática, los programas tienen un producto concreto que es el señalamiento de metas, que son acciones cuantificables, con compromisos reales en tiempo y en espacio, y que serán alcanzadas en los subprogramas y fundamentalmente a través de las actividades o servicios que es el producto último que entregamos a la población. Hay que señalar, que éste sería un esquema ideal de planeación; así es como se debería dar, y ésto sería posible si partiéramos de cero, si hoy iniciáramos las acciones; la realidad no es así, éstos son simplemente esquemas que nos dejan guiar, orientar. Un sistema pragmático de planeación-programación tiene que estar estructurado con la visión de lo que sería teóricamente ideal y basarse en el compromiso, ya existente, en la experiencia que ya tenemos, y en los recursos con los que se cuenta.

Para programar adecuadamente es necesario conocer cuáles son las características cualitativas, cuantitativas y los costos de los servicios que estamos entregando a la población. El cuadro 1 es un ejemplo de programación, se utiliza un programa de atención

a las personas, con un subprograma de atención infantil (menores de un año). En un primer paso definimos con criterios médicos cuáles son las actividades finales que vamos a ofrecer a la población infantil y señalamos vacunación, alimentación complementaria, consulta médica y hospitalización; podemos clasificar las actividades de diferentes maneras: Consultas por especialidad, por grupos de edad, por enfermedad, etc., pero la base de la actividad está alrededor de una consulta médica con diferentes características, lo mismo ocurre con la hospitalización o con la vacunación. Describiré únicamente las actividades de vacunación. Definido el tipo de vacunas, identificamos cuántos niños de esa edad tenemos en la comunidad, estaríamos aquí hablando de una comunidad de alrededor de dos millones y medio de habitantes que de acuerdo a la estructura de la población nos daría alrededor de cien mil niños. Los criterios epidemiológicos nos señalan que para lograr un nivel satisfactorio de efectividad en el programa, la cobertura debe ser del 80 por ciento de la población; este porcentaje nos define claramente cuál es la población que debemos atender. Es necesario definir también, qué tantas veces debemos entregar la actividad a cada uno de estos niños; sabemos que es suficiente con la aplicación de una dosis de BCG o de sarampión, para que logremos la inmunidad, igualmente sabemos que para que tengamos el máximo de inmunidad con la vacuna Sabin, debemos de aplicarles tres vacunas a cada uno de los niños. Al multiplicar nuestra población a atender por el número de veces que vamos a realizar la actividad en cada uno de los individuos, nos va a dar el

Cuadro 1. Programa: atención a las personas. Subprograma: atención infantil.

Funciones	Actividad	Población total	%	Población atender	Concentración	Total actividades
Prevención	B.C.G.	96 530	80	77 224	1	77 224
	D.P.T.				3	231 672
	Polio				3	231 672
	Sarampión				1	77 224
Tratamiento	Alimentación complementaria	96 530	30	28 958	95 kg	2 751 010 kg
	Consulta médica	96 530	80	77 224	3	231 672
	Hospitalización		15 cons/	15 445	1	15 445

volumen total de actividades a realizar. Hasta aquí hemos hecho una programación de acuerdo a las necesidades de la población con criterios médicos; pero esto no lo hace real hasta que no tengamos los recursos, el dinero, que lo hace operativo; ésta es la siguiente etapa a realizar, definir los recursos necesarios para el programa (cuadro 2). Partimos del total de actividades definidas en la programación, y tratamos de identificar con qué instrumento vamos a lograr que se cumpla esa actividad y cuál es el rendimiento de ese instrumento; para vacunación el instrumento es la hora por vacunador, entendido como la composición cuali-cuantitativa de recursos para cumplir con la actividad, después fijamos el rendimiento del instrumento, que quiere decir, cuántas vacunaciones es capaz de realizar este instrumento por hora, la norma de rendimiento de la hora por vacunador son diez vacunas por hora; la división del total de actividades entre el rendimiento del instrumento, nos define cuántos instrumentos necesitamos para realizar las actividades, y si conocemos el costo

unitario del instrumento, la multiplicación del total de instrumentos por su costo nos dará el costo total de cada una de las actividades, y la suma del costo de todas las actividades nos dará su costo total, si este costo es presupuestado y autorizado, hay un compromiso formal para cumplir con el programa, que ha sido elaborado con criterios técnico-médicos en su etapa de programación y con criterios técnico-administrativos en su etapa de presupuestación. Esta sería la manera como deberíamos hacer nuestros programas y nuestros compromisos. El principio de este sistema de programación, está basado en que nosotros podamos identificar y precisar muy claramente cuáles son nuestras actividades, cuál es el instrumento para cumplirlas y conocer cuál es la composición, la calidad y el costo del instrumento.

Por último, hay que señalar que los aspectos de calidad de la atención, trato humano a los enfermos y adecuada relación médico-paciente, deben ser considerados en cualquier ejercicio de programación en salud.

Cuadro 2. Programa: Atención a las personas. Sub-programa: atención infantil.

Total actividades	Rendimiento instrumento	Total instrumento	Costo-unitario instrumentos	Costo total
77 224	10 por h	7 722	41 =	317 422
231 672	10 por h	28 167	41 =	949 847
231 672	10 por h	23 167	41 =	949 847
77 224	10 por h	7 722	41 =	317 422
2 751 010 kg	57 por h	48 263	70 =	3 764 514
231 672	4 por h	57 918	196.50	11 330 887
15 445	X estadía = 7	108 115	317.80	34 358 947
				52 038 886

IV. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ATENCION A LA SALUD

CARLOS MARTINEZ-GUTIERREZ*

Para desarrollar este tema lo abordaremos mediante el enfoque de sistemas, ya que sabemos que nuestro país sufre la problemática de la multiplicidad de instituciones y la existencia de sistemas tanto privados como oficiales para la atención a la salud, podemos

considerar el todo como el macrosistema de atención a la salud en México y ubicar en sistemas y subsistemas los demás integrantes que actualmente ofrecen sus servicios a la población para resolver sus demandas de atención a la salud.

El macrosistema no tiene una organización coherente, debidamente planeada, está integrado por sistemas y subsistemas con enfoques e intereses

* Director. Área Administrativa. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

frecuentemente antagónicos. Hasta últimas fechas se está consolidando el plan de sectorización de la salud que en sus tres ámbitos: administrativo, programático y social permitirá una verdadera coordinación de funciones y actividades para todas las unidades.

Sus insumos tienen severas restricciones, quizás las más importantes sean:

a) En los enfermos. La falta de educación para la salud, la inaccesibilidad a los servicios para ciertos grupos de la población y la adecuada utilización de sus derechos a estos servicios.

b) En el material y equipo se presentan problemas de disponibilidad, por alto costo, fallas en la comercialización, colonización tecnológica, etc.; ésto ocasiona que tengamos establecimientos en que se dispone de tecnología avanzada y otros en los cuales se carece de lo indispensable para el momento actual.

c) Para los insumos económicos y financieros las restricciones fundamentalmente están en los recursos tan limitados de que disponemos; baste decir que únicamente se destina aproximadamente el 3.4 por ciento del producto nacional bruto cuando en los países desarrollados se destina alrededor del 20 por ciento. Además, existe marcada diferencia presupuestal entre las instituciones de seguridad social, 82.6 por ciento, y las asistenciales con 17.4 por ciento del presupuesto total destinado al sector salud en 1982.

En el proceso y tratando de resumir el macrosistema, se cuenta con dos sistemas: el oficial y el privado. El sistema oficial está integrado por las instituciones de asistencia médica y las de seguridad social. El sistema privado está compuesto por el subsistema de la beneficencia privada y el subsistema de la atención privada que agrupa a los establecimientos con fines de lucro. Tratando de identificar restricciones internas al macrosistema que actúan genéricamente para los sistemas y subsistemas, podríamos mencionar las siguientes:

1. La capacidad instalada es reducida, si tomamos el parámetro de número de camas por habitantes, aún cuando se estima que disponemos de menos de dos camas por cada mil habitantes, conviene recordar que se recomienda un mínimo de 3.5 por mil habitantes para países en vías de desarrollo.
2. Fallas de planificación que juzgamos tienen como causa importante la insuficiente información que nos permitan integrar un verdadero diagnóstico de salud del mexicano, tanto a nivel nacional como regional y local para poder planificar los servicios de la atención a la salud que verdaderamente se requieren y para fundamentar debidamente la toma de decisiones.
3. Incipiente educación en salud de la población en general, que ocasiona no saber demandar oportuna y correctamente los servicios de salud y desde luego, tener escasas actitudes favorables para el cuidado de su salud.

4. Irregularidad en la distribución de los recursos para la atención a la salud que han llevado a concentrar los recursos en determinados sectores de la población y se ha creado la marginación de un alto porcentaje de mexicanos no sólo en áreas rurales sino también en las urbanas.
5. Los sueldos y salarios que se pagan en el sector son menores a los de otros sectores por lo que se hace prioritario establecer los sistemas modernos de administración que se están implementando y que buscan introducir otros estímulos para mejorar la productividad.
6. Cambios en las condiciones organizacionales. En los últimos años se ha tratado de instrumentar el sistema de atención médica por niveles. Esta modalidad que desde luego tiene sus ventajas ha sido aplicada tratando de adecuar la estructura anterior a este modelo, lo cual desde luego no ha sido fácil.
7. La incorporación de nuevas corrientes administrativas está impactando fuertemente la organización y estructura de las unidades, los sistemas participativos que se están aplicando, por ejemplo, el presupuesto por programa y la creación de las comisiones mixtas de productividad, integradas por representantes de los sindicatos y de las autoridades, implica forzar al máximo los programas de desarrollo del personal para darle una mejor preparación que al mismo tiempo le permita participar en forma adecuada como integrante de una organización que si bien le crea obligaciones también le otorga otros derechos además de la remuneración económica.

Los resultados de la operación del sistema, consisten en: personas atendidas, enfermos curados, rehabilitados, defunciones, información, resultados de investigación, personal especializado, alumnos preparados, etc., todo esto debe ser captado, procesado y analizado para compararlo con los objetivos del sistema a corto, mediano y largo plazo. Desde luego los resultados de este análisis deberán ser utilizados tanto a nivel de insumos como del proceso para "retroalimentar al sistema", y lograr una evolución favorable en el futuro. Este último capítulo de análisis y evaluación de resultados de la operación reviste particular importancia en nuestros días. La Academia Nacional de Medicina y la Asociación Mexicana de Hospitales, deberán incidir para que estas importantes acciones evaluativas sean realizadas con la más adecuada metodología y sus resultados sean utilizados verdaderamente para superar nuestros sistemas.

Es reconocida la gran complejidad que significa evaluar la atención médica, pero cualquier modelo que se adopte, debe tener un sólido respaldo en dos aspectos fundamentales. El primero, es la investigación que entre otras cosas nos permita disponer de parámetros o indicadores para poder medir o comparar los resultados y es obvio que si vamos a medir "nuestra" producción, conviene que sea con "nuestra" propia medida. El otro aspecto es disponer de

recursos humanos bien capacitados para llevar a cabo los programas de evaluación; desde el nivel normativo hasta el aplicativo, este personal debe tener bien claros los objetivos de su función y ejercer sus actividades con todo profesionalismo y sentido ético que se requiere.

La Asociación Mexicana de Hospitales, dentro de sus programas docentes ha estado, desde hace varios años, divulgando conocimientos en la materia. En 1979 con la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud ofreció un curso breve sobre evaluación de la atención médica teniendo como profesor invitado al Dr. Simón Feld, de la República Argentina. Sin embargo, es necesario incrementar los programas de docencia y estimular la investigación en este campo si descamos en realidad conocer la calidad de nuestro trabajo.

V. LA EDUCACION E INVESTIGACION DE ADMINISTRACION A LA SALUD

ARMANDO CORDERA*
ENRIQUE PARRA DAVILA

El sistema de salud es de enorme complejidad debido a la gran variedad de elementos que actúan y a la consecuente dificultad de enunciar con claridad cuáles son sus fines. Si consideramos que los elementos más importantes son los valores sociales y la ética, que se relacionan con factores técnicos, políticos, económicos, administrativos, etc. para alcanzar el máximo bienestar biológico, psicológico y social, podremos comprender esa extraordinaria complejidad. Para dirigir este sistema se requiere de personas capacitadas en cada una de las disciplinas mencionadas, que además, puedan integrarlas en forma congruente. Desde luego existen personas que en razón de un gran talento y una experiencia adecuada pueden fungir como directivos eficaces aún sin haber recibido una capacitación formal.

El dilema de la capacitación es aún más problemático debido a que la administración ha tenido durante este siglo cuando menos 5 enfoques diferentes y que el propio campo de salud se ha separado para su estudio y actividades en 3 áreas que debieran ser complementarias, como son la salud pública, la administración de servicios, principalmente de hospitales, y la administración pública o de empresas.

Efectivamente la administración se centró en las primeras décadas de este siglo en el enfoque del proceso, creado por Fayol y que ha sufrido desde entonces pocas modificaciones. Posteriormente Kurt Lewin y Elton Mayo propusieron en la década de los

años veinte el estudio psicosocial de las organizaciones, que posteriormente se convirtió en el desarrollo organizacional, de utilidad para funcionarios intermedios. Como consecuencia de la 2a. guerra mundial se iniciaron el enfoque de sistemas, de importancia conceptual y el cuantitativo, matemático o de investigación de operaciones, que intenta identificar cada uno de los componentes asignándoles un valor mensurable. Finalmente al iniciarse los años 70 varios estudiosos del tema tomaron la idea de Levi Straus, que enuncia que si estudiamos un problema en forma diacrónica identificando cada una de las variables independientes que lo afectan y las leyes, teorías o conceptos que rigen su conducta, al llegar a la situación actual tendremos un diagnóstico, una explicación y una predicción; a este punto de vista se le conoce como administración contingente o situacional.

En lo relativo a las áreas de importancia en que se dividió la salud, la Organización Panamericana de la Salud hizo una evaluación en 1976 de los 44 programas educativos de América Latina, pero dado que los cambios son lentos en esta disciplina, consideramos que ese estudio sigue teniendo validez. Se aprecia que las escuelas de salud pública han mostrado interés prioritario en la epidemiología, el saneamiento ambiental, la estadística y en algunas disciplinas administrativas, dando generalmente poco interés a aspectos económicos, financieros y sociales. Los programas de administración de los servicios médicos generalmente se centran en los hospitales y ponen énfasis en los conceptos de la administración de empresas, en las disciplinas cuantitativas y en los aspectos económicos y financieros; su interés en aspectos sociales es similar al de la salud pública, es decir, muy pobre. Los esporádicos estudios de administración pública, relacionada con la salud, muestran interés particular en aspectos políticos, sociales, jurídicos y financieros, pero de menor intensidad en lo relacionado al estudio formal de la administración y de los aspectos de salud. Hay algunos programas con otros rubros como el de medicina social cuya estructura es variable en cada país pero que, curiosamente, tiene un contenido de ciencias sociales similar o menor que los de administración de los servicios médicos y en conjunto el programa educativo se asemeja a la maestría en Salud Pública.

En México, los distintos grupos de administradores de la salud pública, de los servicios médicos y de los servicios públicos egresados de cursos formales, han realizado actividades en instituciones u hospitales que han probado su utilidad en distintos niveles, sobresaliendo los de asesoría y operativos. El primer curso en salud pública lo inició la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el año de 1945, posteriormente, la Universidad Autónoma de Nuevo León inició sus actividades en 1975 y últimamente lo han hecho la Universidad Autónoma del Estado de México y la de Veracruz. El primer curso intensivo de administración de la asistencia médica y de hospita-

* Académico numerario.

les fue impartido por la Asociación Mexicana de Hospitales en 1954. La propia Asociación también ha impartido cursos de Archivo Clínico, Bioestadística, Mantenimiento de Hospitales, Contabilidad de Hospitales e Intendencia, todos ellos dirigidos a fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias que repercutan en el mejor estado de salud de la población. Los alumnos han sido originarios de 14 países. Se sigue impartiendo cada año y beneficia a funcionarios que se encuentran trabajando y que disponen de un tiempo limitado.

La acción educativa de la propia Asociación no se limita a cursos formales, pues ha realizado reuniones periódicas para analizar los problemas específicos de la atención médica y de los hospitales que han tenido su expresión en congresos, cursos y seminarios que se han celebrado en diversas instituciones de América Latina, pero principalmente en nuestro país y que se han organizado en colaboración con Ministerios de Salud de diversos países, la Oficina Sanitaria Panamericana, asociaciones de hospitales de países hermanos y con la Fundación Kellogg. La Academia Nacional de Medicina, conjuntamente con la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, han patrocinado a partir de 1979, tres ciclos de 10 simposios sobre Administración de la Atención Médica en los que se han discutido temas de actualidad por los más destacados expertos nacionales y selectos invitados de reconocido prestigio internacional. Con orientaciones diferentes se han desarrollado en nuestro país otros cursos sobre administración de la atención médica u hospitales: en 1963 se inició el del Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social, en 1968 uno en la Escuela de Salud Pública, los cuales siguen impartándose; en 1972 y 1973 los cursos del Instituto Mexicano del Seguro Social dirigidos a médicos y administradores que se suspendieron en 1977; en ese mismo año de 1977 se inició el de la Facultad de Contabilidad y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, otro en el Hospital General de la ciudad de México y en los últimos años, el de la Universidad Autónoma de Guadalajara. De hecho, en nuestro país no existe ningún curso de administración pública orientado a la salud. Hay un curso de medicina social que lo inició la Universidad Autónoma Metropolitana en 1975. También se desarrollan dos cursos en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala y en la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, orientados a la Investigación de Servicios de Salud. La duración de los distintos cursos que se dan en México es variable, estando en relación con el tipo de curso, con los propósitos y los objetivos que éstos persiguen.

El aspecto teórico domina, al práctico, y no siempre se aprecia una correlación entre los problemas y su solución. También se nota un marcado predominio de clases magistrales sobre otros métodos de enseñanza. Todos los programas educativos tienen su propia biblioteca o una de apoyo, que funcionan

con horarios satisfactorios, aunque desconocemos su material.

Los sistemas de reclutamiento y selección de alumnos no son uniformes y probablemente sea útil ya que permite que distintas personas, con experiencias y conocimientos variados, tengan acceso a una educación formal en el nivel de su interés; domina la revisión de antecedentes sobre las entrevistas, los exámenes de conocimiento y las pruebas psicotécnicas. La Escuela de Salud Pública ha acreditado el mayor número de alumnos. Hasta 1975 el total era de 1 142 o sea el 36.8 por ciento de la totalidad, siguiendo en número el curso de la Asociación Mexicana de Hospitales. El número de reprobados por curso es insignificante, y son pocos los profesores permanentes, predominando con mucho, los contratos por hora de clase.

Parece deseable organizar distintos cursos para orientar en forma congruente las acciones de salud en nuestro país donde probablemente existen alrededor de 15 000 profesionales en funciones administrativas de los diferentes niveles (que en un intento de clasificación se muestran en el cuadro 1).

Un problema que se debe analizar es la forma en que se debe hacer la capacitación, ya que la estrategia de impartir cursos de estudios avanzados o de maestrías ha probado no ser la mejor, debido a que los egresados rara vez penetran al sistema de salud a un nivel donde pueden aplicar sus conocimientos y habilidades, por lo que tienen que adaptarse a las prácticas habituales impuestas empíricamente. Efectivamente los mecanismos de penetración al sistema de salud generalmente tienen relación con el éxito profesional, en una especialidad para los médicos; sin embargo, para los administradores el escalafón y la antigüedad parecen ser los rasgos principales. Es excepcional que los directivos a niveles altos se sometan a una capacitación formal, pues habitualmente es incompatible con su puesto, ya que hasta ahora, la mayor parte de los cursos que les pudieran interesar son de tiempo completo, esto limita su acceso a personas jóvenes llenas de buenas intenciones que al graduarse sólo pueden ingresar al sistema en puestos en los que desempeñan funciones rutinarias o repetidas, pero no pueden aportar sus conocimientos para la mejoría del propio sistema.

En relación a la investigación en administración de la salud, se aprecia que es un concepto relativamente nuevo y que ha tenido una buena aceptación inicial. Se le define como aquella que se correlaciona con el desarrollo y funcionamiento de instituciones sociales que tienen responsabilidad en el bienestar de la población respecto al proceso de salud enfermedad. Dado que hasta la fecha la investigación social, técnica y administrativa que afecta la salud, ha sido limitada, los nuevos programas educativos en esta área que imparten dos universidades, constituyen una razonable expectativa de que produzcan un mayor conocimiento que sea útil para mejorar nuestros sistemas de salud, pero tendrán que ser apoyados en una sólida base conceptual y teórica sobre la reali-

Cuadro 1. Estratificación del personal con funciones administrativas en salud en México.

Tipo de directivo	Características	Número estimado
Nivel central	Profesionistas diversos que toman decisiones técnicas, políticas y normativas	500
Nivel Estatal o Delegacional	Profesionistas que adaptan las decisiones tomadas en el nivel central a la realidad de su área de responsabilidad	1 000
Directores o subdirectores de hospitales o unidades de atención ambulatoria	Médicos de instituciones oficiales o privadas responsables de la operación eficaz de su unidad	3 000
Administradores de unidades de atención médica	Generalmente licenciados en administración responsables de funciones financieras, de abastecimiento, personal, etc.	2 500
Jefes de servicios administrativos específicos	Contabilidad, estadística, personal, abastecimiento, almacén, servicios generales, etc.	5 000
Jefes de servicios clínicos	Médicos o enfermeras con sólida formación en su especialidad	4 000

convierte en una guía de las acciones a seguir. Hasta ahora frecuentemente el concepto de modelo se ha utilizado en forma ambigua y es indispensable elaborar proposiciones concretas, que deben ser discutidas por los sectores o áreas interesadas hasta alcanzar un consenso, para que la educación en los sistemas de salud sea orientada a un mismo fin y podamos obtener resultados superiores de nuestros limitados recursos técnicos, económicos y humanos que representen un mayor bienestar de la población.

VI. CONCLUSIONES

GUILLERMO FAJARDO-ORTIZ

La existencia de una asociación debe traducirse en resultados; aquí se ha hecho un esbozo de lo logrado por la Asociación Mexicana de Hospitales, en treinta años de vida; también se ha hablado de aspectos importantes de la administración a la atención de la salud, fórmula que identifica una rama del saber, teórica y práctica, una necesidad y una demanda que debe satisfacerse permanentemente.

La sola enunciación del tema administración de atención a la salud indica que su contenido desborda con mucho la circunscripción clásica, y aún considerada por algunos, de aprovisionamiento y dotación de recursos, para abarcar otros intereses: planeación de unidades médicas, regionalización de servicios de salud, evaluación de la atención médica, estudios de costo-beneficio y costo-efectividad, organización de servicios clínicos, atención primaria de salud, etc.

Ocuparse de tamañas cuestiones adquiere especial significado en una época que se caracteriza por la renovación; en que hay acciones más marcadas para racionalizar la utilización de los medios; en que se abandonan caprichos, los que se cubrieron bajo el signo de la planeación; en que se deja atrás el mal uso de los términos médico-administrativos, y en que hay una tendencia a usar una tecnología apropiada.

En esta ocasión se consideró la administración de la atención a la salud como actividad técnica, cientí-

dad social, económica y política de la salud y la atención médica.

Sin duda el reto actual es integrar todas las áreas en un solo problema y para ello la única opción es el desarrollo de un modelo totalizador. El modelo lo definimos como la representación gráfica o simbólica de una realidad empírica o de una teoría científica que guarden un alto grado de isomorfismo; es decir, el modelo permite comparar la norma con la realidad y definir sus diferencias y por lo tanto se

fica y docente, pero no como un *proceso político*, que se presenta lo mismo en un organismo nacional de salud, que en un hospital o en un programa de atención primaria de salud. La definición de problemas, el señalamiento de objetivos, la gestión administrativa y la enseñanza de la administración de los servicios de salud son bases de la administración de la atención a la salud, sin embargo, la participación y las decisiones de carácter político son, los factores importantes en su proceso, y lo son en lo que respecta a la mejoría de la salud. Si hay voluntad de fortalecer los organismos y programas de salud debe aprovechar esa voluntad, sin olvidar que es evidente que se puede actuar a elevados niveles en la implantación de mecanismos que son los más idóneos para formular programas de salud y para introducir servicios de salud adecuados. Esta acción es indudablemente un enfoque social a la administración de servicios de salud. En diversas partes se ha observado que, cuando hay participación de las máximas autoridades, es posible mejorar la administración de los servicios de salud y la salud, de manera que los grupos necesitados sean mejor atendidos, como también es posible crear infraestructuras de salud que correspondan en verdad a las necesidades de la población y, al mismo tiempo, sean fuente de satisfacción para el personal que trabaja en los servicios.