

Práctica médica de calidad y rentable, ¿es posible?

Alfonso Valencia C., MD*

ANTECEDENTES

Frederick Winston Taylor a inicios del siglo XX desarrolló la administración científica aplicada a la industria y extendida a todo el sector de servicios con rapidez, bajo el principio de la administración Tayloriana el hombre era una rueda dentro del engranaje productivo y eran los expertos con una educación apropiada y aplicando una serie de reglas los que debían determinar el trabajo; este método, autocrático y rígido estuvo en vigencia por ochenta años; a mediados de los años ochenta, y luego del resurgimiento de la economía Estadounidense y gracias al milagro japonés se adoptan modelos administrativos enfocados a satisfacer la demanda, orientados al cliente y guiando a los directivos a correr riesgos en pos del éxito empresarial. Estos modelos que partían del principio de operar sobre la base de no tener errores desde el inicio de las actividades, tenían como punto de partida la planeación y el diagnóstico institucional en aras de alcanzar el éxito mediante la integración de las áreas, la transformación de los diferentes niveles y la institución del liderazgo.

Con la entrada en boga de los modelos neoliberales en los países desarrollados se adopta en Colombia un modelo de prestación de servicios de salud que parte del supuesto falso de la competencia (no competitividad) como base del desarrollo de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Desde 1990 con la entrada en vigencia de la ley 10 de ese año, donde entre otras modificaciones se establece la estructura de los cargos del sector oficial y la descentralización administrativa del sector de la salud, comienza un devenir trágico de la salud frente a un modelo de competencia abierto, sin regulación real y con muchos perjudicados

A partir de la ley 100 de 1993 la regulación del estado se hace más en pro del usuario por medio de una serie de aseguradores que actúan como intermediarios y que, ante el desconocimiento de los profesionales de la salud permite a estos aseguradores

establecer unos niveles tarifarios que no se concuerdan con la realidad de los profesionales, por otro lado el creciente número de profesionales concentrados en los municipios más grandes más la migración de la población campesina empeoran el cuadro y obligan a los profesionales a vincularse en instituciones que cada vez reconocen menos valor por su actividad e implementan una serie de medidas de control adoptadas de modelos importados que terminan por derruir un débil modelo de atención achacándole el daño a los profesionales de la salud.

QUÉ TANTO DE ESTO ERA EVITABLE?

Desde el momento en que se implementaron las reformas, se hizo evidente que los profesionales de la salud y en especial los médicos no estábamos preparados para afrontar el modelo, aquellos pocos que conocían el manejo y el modelo a seguir fueron rápidamente seducidos por los aseguradores dejando a los profesionales en manos de ellos mismos pero con un criterio de productividad primer mundista en un país que ansiaba serlo pero cuyas proyecciones nunca llegaron a ser reales, y cuyas estructuras de atención estaban desdibujadas frente a la realidad nacional. De otro lado la sobre regulación en forma de miles de disposiciones jurídicas pervirtió lo poco bueno que quedaba al punto que son los jueces y magistrados los que formulan y deciden sobre la atención o procedimientos que se le deben realizar a un paciente.

Con ese panorama la debacle era inevitable, la conjunción de desconocimiento, falta de espíritu solidario y el trabajo aislado nos llevaron a la situación actual a partir de la cual debemos retomar el camino de la práctica orientada al paciente y cuya atención nos permita ejercer bajo condiciones dignas y orientadas a el ser médicos.

COSTOS DE LA NO CALIDAD

Se ha planteado por parte de los estudiosos de las áreas económicas en salud, que no puede haber cali-

* Especialista en gerencia en servicios de salud. Subdirector científico Hospital Santa Clara.

dad sin conocer los costos, pero es más claro que la no prestación de servicios con parámetros de calidad adecuada eleva los costos finales de la prestación de los servicios.

Aquí debemos considerar varios aspectos:

- La oportunidad de los suministros e insumos necesarios para la prestación del servicio.
- La calidad de los insumos a pesar de un costo relativo mayor de los mismos.
- La suficiencia del personal para atender la demanda de los usuarios.
- La idoneidad de los profesionales, por que no invertir un poco más en aquellos mejor preparados?, hasta qué tanto pueden las instituciones arriesgar en pos del control de los costos asistenciales?
- La suficiencia de disciplinas médicas y no médicas en la atención en salud.
- La alimentación adecuada a la enfermedad del paciente.
- El contar con los servicios de apoyo necesarios y oportunos para la atención o servicios ofrecidos.
- Un modelo adecuado de control de infecciones.
- Un equipo de salud interesado en la investigación.
- Un adecuado sistema administrativo contable.

Si combinamos esos factores podemos observar como el no poder ofrecer una complementación e integralidad altera de manera importante la prestación y el valor final del servicio; aunque suene a Perogrullo, esos factores se dejan a un lado al momento de pensar en la atención, y asumimos que ellas surgen *per se* apareciendo espontáneamente en el momento de mayor necesidad.

El modelo de empresa de salud tradicional orientada a la producción de una actividad al menor costo

posible está sufriendo cambios profundos. Actualmente necesitamos desarrollar empresas que sean flexibles a la demanda y permitan la incorporación de nuevas tecnologías

NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN PROFESIONAL

Derivado de ese cambio al cual fuimos refractarios y al cual las nuevas promociones de profesionales aún no se ajustan, es necesario transformar las organizaciones de profesionales a formas organizativas flexibles, basadas en la autonomía y la responsabilidad de sus integrantes orientadas a obtener resultados de efectividad, satisfacción al usuario e impacto en salud (Tabla1). No es posible que tanto los profesionales como sus instituciones subsistan a la creciente corriente de producción de procesos homogéneos, políticas de reducción de precios (generalmente a expensas de la remuneración del personal de salud) y reorganización de activos; es necesario que iniciemos un cambio en la producción de alto volumen a la producción de alto valor y calidad logrando hacer actividades más efectivas para el paciente con el consiguiente impacto social.

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, la posibilidad de brindar atención a patologías antes no abordables han incrementado la demanda de servicios por parte de la población, derivando esto en múltiples estrategias para frenar la demanda por parte de los aseguradores; sin embargo, el usuario actual demanda y exige servicios, a sus exigencias en su calidad de cliente se suman aquellas que le permiten una mayor autonomía como responsable de su salud: información, participación y respeto en sus decisiones, escogencia de profesionales e instituciones.

Ese envejecimiento de la población ha derivado en la necesidad de brindar más cuidados a las patologías crónicas, basándose en actividades de prevención primaria y dejando la atención en salud como tal para el enfoque primario de los casos, es aquí donde los modelos de sustitución de modelos eminentemente asistenciales por modelos socio asistenciales permiten desenvolverse en campos aún no invadidos por el exceso de normatividad y en los cuales el impacto es demostrable a mediano y largo plazo.

Se hace necesario adoptar nuevas tecnologías en el desarrollo de las nuevas propuestas, pero como invertir en un mercado tan difícil y fluctuante como el nuestro?. No existe una respuesta clara y única al

Tabla 1. Evolución de los factores estratégicos.

VALORES ESTRATÉGICOS		
		En Lugar de:
OBJETIVO	Legitimación social y realización personal de los profesionales	Financiación y oferta suficiente
PRODUCTO	Servicios accesibles efectivos y de calidad	Incremento de la actividad y la eficiencia
RECURSO	Unidades y equipos de Profesionales	Financiación, equipamiento, centros
ACTIVOS	Profesionales en Salud integrados en la filosofía institucional	Equipos de dirección y gestión
ENERGÍA	Conocimiento y formación de los profesionales, Información útil y suficiente	Regulación
ORGANIZACIÓN	Flexible, descentralizada, instrumental respecto a usuarios y profesionales	Centralizada, divisional, uniforme y jerarquizada.

Fuente: Coopers y Lybrand, El Capital Humano y la Empresa, 1996.

interrogante, los modelos de alquiler y leasing son cada vez más frecuentes, además existen personas dedicadas a desarrollar proyectos de riesgo compartido permitiendo a los profesionales acceder a aquello que anteriormente era sólo para las instituciones más fuertes.

La mayoría de las nuevas formas de organización han basado sus modificaciones en los proveedores directos (medicamentos, insumos) y en la relación entre niveles de complejidad permitiendo perpetuar la falta de integralidad en la atención, criticada por todas las sociedades pero estimulada por los modelos actuales; la aproximación a los sistemas gerenciales de atención, *managed care* por parte de los profesionales, donde la toma de decisiones tiene consideraciones tanto clínicas como de costo – efectividad, además de este modelo estimulado por nuestra persistente adopción de modelos primer mundistas, existen modelos de gestión de patologías, donde se forman grupos de profesionales con un área de experticia a quienes se les asigna el manejo de esa área en una población determinada; gestión de protocolos clínicos en la que mediante protocolos discutidos y aprobados en consenso por aseguradores y profesionales se adoptan las pautas a seguir en la atención de cada paciente. De otro lado tendríamos la gestión y regulación del mercado, de manera que flexibilice las relaciones entre aseguradores y prestadores.

Es necesario que esa autonomía profesional que tanto hemos reclamado esté acompañada de la capacidad de los profesionales para decidir sobre la gestión que la rodea considerando en esa autonomía la gestión y planificación del talento humano, el portafolio de servicios a ofrecer, sin limitaciones territoriales y pudiendo aumentar su capacidad de respuesta según la demanda de los servicios y por último la autonomía de realizar alianzas con otros profesionales o grupos profesionales a manera de consultores, asesores o prestadores de servicios. Situar al médico y su gestión clínica en el centro de la institución incorporándolo a la gestión de los recursos de su propia práctica es una herramienta de gestión organizacional que puede dar frutos para ambos; es momento que esa pirámide de mando se altere por un modelo horizontal de toma de decisiones donde los riesgos asumidos en conjunto y en pos del éxito institucional redunden en bienestar de la empresa y sus empleados.

El planteamiento anterior es imposible de lograr si no se recupera y refuerza la relación Médico - Paciente, la atomización de la atención de los pacientes en diferentes profesionales e instituciones hacen que ese paciente posicionado en su papel de cliente desconfíe de, y evada la atención brindada en un modelo de libre escogencia y libre participación; para alcanzar esta meta debemos delimitar claramente la responsabilidad de la atención primaria y la especializada, previa evaluación y corrección de las deficiencias de cada lado. De otro lado debemos propender por tener

modelos que permitan valorar el uso de la tecnología biomédica según los resultados, tanto en la eficiencia y eficacia de sus servicios como en el impacto en salud que se logre mediante la aplicación de estos recursos.

Entonces sí es posible subsistir en el marco actual, pero debemos posicionarnos como ejecutores de nuestra práctica profesional, debemos fortalecer los sistemas de información y aprender a controlar los costos de la atención en salud, la oportunidad está dada para el resurgimiento de la práctica privada orientada a aquellos usuarios no cubiertos por el sistema y aquellos descontentos con las largas listas y la poca calidez en la atención; en un ambiente donde los aseguradores cada vez son menos y sus condiciones cada vez más estrechas se abre el campo propicio para explorar otras alternativas de práctica que generen impacto en salud y beneficio a los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso B, García Encabo M, Martín Acera S, Violant C. El Equipo dentro del Sistema Sanitario y social En: Dirección del Equipo de Atención Primaria. Másson (en prensa). Arroyo MP, Caso E. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Atc Primaria*, 1991; 16:538-542.
- Belenes R, Innovaciones en la Gestión. Nueva Cultura Empresarial en los Servicios Sanitarios. En: Gestión de Hospitales. Cuervo J, Varela J, Belenes R (ed). Barcelona, Vicens Vives, 1994.
- Corella JM. La Gestión de los Servicios de Salud. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1996.
- Donabedian, Avenis, Exploration in quality assessment and monitoring, Michigan Health Administration Press, School of Public Health, The University of Michigan, 1980.
- El nuevo White Paper. El Sistema de Salud Británico, 1997. www.insabeb.com.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Plan Estratégico de Medicina Interna (Documento interno), 2000. Escuela Andaluza de Salud Pública. Proyecto Desarrollo de la Gestión Clínica' Granada (Documento interno), 1997.
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Análisis prospectivo Delphi sobre perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo xxi, 2000. www.Fundsis.org. Fundación Salud, Innovación y Sociedad.
- Evolución de la Atención Primaria en el NHS de Reino Unido y en España Jornadas Técnicas. Barcelona, 2000.
- García Encabo M, Martín Acera S, Alonso B. Gestión Clínica en Atención Primaria. En: Gestión Clínica. Temes JL, Parra B (eds). Madrid, McGraw-Hill, 2000.
- Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Parker G. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. *BMJ*, 1999; 319:1547-50.
- Navarro Y. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. *Gac San*, 1995; 9:202-9.
- Pérez C. Las nuevas tecnologías: una visión de conjunto. En: La Tercera revolución industrial. Buenos Aires, Ed. Rial, 1986.
- Repullo J. Compra de servicios y contratos.- Balance del experimento del mercado interno británico. *RAS*, 1998; Vol. 1 1. No. 6.
- Saltman R, Figueras J. Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales, OMS Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
- Toro J. Dirección Estratégica, En Hospital y Empresa, Publicaciones Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 2000.
- Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un método de Gestión Hospitalaria, Madrid, Díaz de Santos, 1994.
- Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Jones J, Parker C. Randomized controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ* 1999; 3,19:1542-6.
- Working for Patients The Health Service: Caring for the Health Service: Caring for the 1990. White Paper, HMSO, 1989.