

Estrategias para la reducción de costos. Calidad vs. Rentabilidad

Alfonso Valencia, M.D*

Durante los últimos 20 años las instituciones de salud han orientado sus filas al modelo de contención de costos en búsqueda de mantener un equilibrio financiero en un sistema que requiere pesos para su funcionamiento a cambio de centavos de rentabilidad.

Este modelo que se creó en los Estados Unidos a mediados de los años ochenta tenía unos componentes diferentes a los adoptados en nuestro país, especialmente los criterios de costo beneficio y costo efectividad de los tratamientos y procedimientos que los pacientes requerían. De otro lado, los principios de medicina basada en la evidencia que ya se estaban desarrollando en esas latitudes, aún ahora son esquivos a un gran número de profesionales y especialmente instituciones de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (1).

CALIDAD, COSTO - BENEFICIO Y COSTO EFECTIVIDAD

Estas cinco palabras representan uno de los arquetipos más usados por los administradores para planear el desarrollo de programas, planes y modelos de atención en salud, desafortunadamente, su conocimiento y la forma de demostrar su importancia se realiza de manera empírica o por copia de resultados de terceros.

Calidad es un desprestigiado término para plantear que la atención debe hacerse de la manera idónea (no ideal) desde el principio, esta vapuleada palabra en manos de desconocedores de la dinámica del campo médico (cada especialidad tiene una dinámica diferente), permite que se desprestigie y se desconozcan prácticas racionales orientadas a obtener el bienestar del paciente (2).

Al hablar de costo beneficio de un tratamiento, procedimiento o medio diagnóstico se hace referencia no al medio más económico que se ofrezca en el mercado, sino a aquel que, mediante su aplicación

obtenga los mejores resultados en términos de bienestar del paciente, al mejor costo posible. En este caso estamos orientados al bienestar del paciente, su mejor evolución, su correcta atención y la mejor calidad de vida que se pueda ofrecer (3).

Al hablar de costo efectividad en los mismos términos, se hace referencia a la aplicación de un procedimiento o tratamiento con el cual una patología evolucionaría de la manera más satisfactoria posible, al mejor costo de dicha actividad. Aquí lo interesante es ofrecer a un paciente la mejor alternativa a su patología con la mejor utilización de los recursos (3,4).

En ninguno de los casos mencionados se plantea buscar la alternativa menos costosa, se plantea aplicar los mecanismos más indicados donde el uso de los recursos ofrezcan el mayor rendimiento para la salud del paciente. Desde el punto administrativo ortodoxo se buscaría el menor costo posible, pero, ¿qué tan costoso puede ser usar lo barato y no lo indicado?, a este dilema se le denomina "costo de la no calidad"

Los costos de la no calidad son con mucho, las principales amenazas de la práctica y de las instituciones. Cuántos catéteres se usan para canalizar una vena en un paciente cuando los que la institución provee son muy baratos y de cuestionable calidad? En cuánto se prolongan los días de estancia cuando los medicamentos son insuficientes o de baja calidad? Cuál es el número de reingresos por una patología determinada cuando el tratamiento no fue el más indicado? Si partimos del principio de población sana como meta de los servicios de salud, el brindar servicios baratos y de baja calidad puede incrementar la presencia de patologías que podían ser contenidas, o lo que es peor desperdiciar los escasos recursos en esfuerzos por contener epidemias cuando las acciones de prevención se dejaron de realizar por costosas.

* Subdirector Científico - Hospital Santa Clara. Especialista en Administración en Salud.

CÓMO GARANTIZAR EQUILIBRIO

Los modelos de atención en salud evolucionan de acuerdo al desarrollo tecnológico de la humanidad. Los esquemas de medicina basada en la evidencia, los *case mix management* o los grupos relacionados de diagnóstico son testigos de eso; aplicar un modelo de esos no garantiza el equilibrio si las condiciones para el desarrollo del modelo no están instauradas y aceptadas por el grupo de profesionales.

Como punto de partida se debe realizar un censo del modelo a implementar, es nuestra naturaleza defender a ultranza nuestra posición, especialmente cuando no conocemos los planteamientos de los demás, pero ante la expectativa a la que nos vemos expuestos se hace necesario abrir la mente y aceptar y/o aprender de esquemas más novedosos (6,5).

Entendamos el equilibrio desde dos posiciones, la de brindar un servicio sin perder dinero en la prestación del mismo y la de percibir el equilibrio como la carga precisa de fuerzas, insumos, pacientes y por supuesto tarifas para que el primer entendido se pueda lograr.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En la búsqueda del equilibrio debemos considerar que un modelo de atención, el que sea, sin información confiable, nunca podrá asegurar que su servicio sea eficaz y eficiente, los sistemas de información deben ir de acorde a la dimensión de nuestra empresa, pero deben tener de manera integrada y sinérgica algunas características:

1. Permitir el manejo de la base de datos de la población, las agendas médicas y de procedimientos e indicadores de calidad.
2. Garantizar el manejo de una contabilidad analítica y de presupuesto. Aquí se debe incluir un modelo que permita costear las actividades realizadas, disminuyendo al mínimo la asimetría de la información.
3. Permitir un manejo adecuado del recurso humano y la gestión de recursos y suministros.

Con esos tres componentes podemos saber que prestamos, a quien se lo prestamos, con quién contamos para la atención y cuánto nos cuesta prestar los

servicios que ofrecemos. Igualmente al contar con un manejo de base de datos podemos realizar análisis de estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica de acuerdo al interés de nuestro campo de práctica.

Una vez implementado el sistema de información debemos establecer nuestro presupuesto de trabajo y el control de gestión del mismo, el primero nos permite conocer, de acuerdo a nuestro capital de trabajo que tanto podemos ofrecer y en que condiciones, de igual manera nos permite compararnos con la competencia (7,8,9).

MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Habiendo desarrollado estos componentes (Información y Presupuesto) debemos escoger el modelo más apropiado, pero cuál es ese?

En un momento histórico cuando la vida laboral está invadida de expresiones como capitación, evento, SOAT, ISS, porcentajes de descuento, y otras, la propuesta de querer sobrevivir con lo que hemos aprendido debemos considerar otras formas de ofrecer nuestros servicios de manera atractiva y que no signifique asumir los riesgos que los terceros no han querido asumir, es aquí donde los Grupos Relacionados de Diagnóstico, los *case mix*, los esquemas de evento controlado, y los modelos de medicina basada en la evidencia hacen su aparición, pero que son estos modelos?

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) son un sistema de clasificación de enfermedades con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera que un paciente con un padecimiento determinado consuma una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos (10, 11).

Los *case mix management* son un modelo de prestación y evaluación donde los pacientes son clasificados con una multitud de criterios (edad, enfermedad, probabilidad de muerte, gravedad, condición general y funcional al ingreso, insumos consumidos esperados), con estas variables se caracteriza de la manera más precisa posible, se define el servicio prestado y se ajusta el mismo a las condiciones del paciente, logrando una valoración de los costos de atención y la proyección de consumos (12).

Los modelos de medicina basada en la evidencia, que partieron de un concepto eminentemente acadé-

mico son ahora una herramienta gerencial por excelencia pues permiten definir los estándares, los procedimientos e intervenciones más adecuadas a cada paciente de acuerdo a su patología (13).

El evento controlado parte de la premisa de compartir el riesgo con el asegurador, en este esquema se brinda atención a una población determinada por un monto fijo mensual, pero el número de actividades a prestar está determinado por el perfil epidemiológico de la misma población en un período determinado, los eventos que superen ese número son asumidos por el asegurador.

Actualmente ha cobrado vigencia el esquema de Pago Fijo Global Prospectivo, este parte de la base de la integralidad de la atención reconociendo un valor determinado por la actividad final, su éxito depende del uso racional de las actividades diagnósticas, su gran amenaza es que, por pagar un valor único por actividad (Egreso, Consulta, Cirugía), los pacientes crónicos, las estancias prolongadas y los pacientes poli medicados rompen la curva del pago y por tanto se pierde el equilibrio (14,15,16).

Todos los modelos mencionados deben tener en cuenta la información sobre los pacientes, el perfil epidemiológico de la población a atender y en especial las causas de morbilidad se hacen necesarias para poder definir la viabilidad o no del modelo de contratación.

MANEJO ECONÓMICO

Una vez definido el modelo y la forma de recolectar información debemos saber cobrar de manera eficiente y oportuna los servicios prestados. Los médicos no fuimos formados para cobrar por los servicios que prestamos y generalmente delegamos esa responsabilidad en un tercero. La cartera es la principal amenaza de la prestación de servicios de salud.

En lo posible un modelo de prestación de servicios de salud debe buscar un esquema tarifario único de acuerdo al tipo de instituciones a las que se les prestan servicios (Prepago, POS contributivo, subsidiado, compañías de seguros) de forma que los sesgos generados por la información se reduzcan al mínimo.

El equilibrio de un negocio se basa en conocimiento y experiencia en el mismo, el conocimiento lo aportan los sistemas de información y los análisis juiciosos de la misma, la experiencia no necesariamente signi-

fica contar con expertos "administradores" significa conocer el medio y asesorarse de manera adecuada y confiable (17,18).

CONCLUSIONES

En un sistema de salud como el Colombiano donde las condiciones de un mercado no regulado permiten a los aseguradores imponer tarifas de acuerdo a sus intereses económicos el equilibrio depende del conocimiento de los servicios, la información confiable, es fundamental para el éxito de cualquier negocio y una estructura de costos veraz adecuada a los servicios que se ofrecen. A manera de resumen podemos plantear las siguientes condiciones:

- Identifique un mercado potencial, es decir defina quiénes son los pacientes o los segmentos de población a quienes va dirigido el negocio.
- Busque su meta de mercado, dentro de ese segmento de población a quienes se puede acceder.
- Asíciense si es necesario, ante la incapacidad de resolver la demanda es preferible buscar una asociación o alianza.
- Piense en grande, invierta de manera conservadora, no asuma riesgos financieros que no pueda asumir, los sueños siempre son más grandes que el bolsillo.
- Tenga sus costos claros (o busque quién se los clarifique).

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. Masson (en prensa). Arroyo MP, Caso E. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. Atc Primaria, 1991; 16:538-542.
2. 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.
3. Corella JM. La Gestión de los Servicios de Salud. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1996.

4. Donabedian, Avenis, Exploration in quality assessment and monitoring, Michigan Health Administration Press, School of Public Health, The University of Michigan, 1980.
5. El nuevo White Paper. El Sistema de Salud Británico, 1997. www.insabeb.com.
6. 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.
7. 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.
8. Evolución de la Atención Primaria en el NHS del Reino Unido y en España Jornadas Técnicas. Barcelona, 2000.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Pérez C. Las nuevas tecnologías: una visión de conjunto. En: La Tercera revolución industrial. Buenos Aires, Ed. Rial, 1986.
13. Repullo J. Compra de servicios y contratos.- Balance del experimento del mercado interno británico. *RAS*, 1998; Vol. 1 1. No. 6.
14. Saltman R, Figueras J. Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales, OMS Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
15. Toro J. Dirección Estratégica, En Hospital y Empresa, Publicaciones Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2000.
16. Varo, Jaime, Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un método de Gestión Hospitalaria, Madrid, Diaz de Santos, 1994.
17. 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.
18. Working for Patients The Health Service: Caring for the Health Service: Caring for the 1990. White Paper, HMSO, 1989.



¡Se puede lograr!