

## SALUD: LA "OTRA" MANERA

*Hacer las cosas una y otra vez de la misma manera y esperar un resultado diferente es una manifestación de locura.*

William Coffey

*Somos lo que repetidamente hacemos. La excelencia entonces no es un acto, es un hábito.*

Aristóteles

A pesar de avances en la actividad médica en nuestro país que ocurren (y se publicitan) de tanto en tanto, no hace falta ser extremadamente crítico para llegar a la conclusión de que la medicina asistencial que practicamos se encuentra en evidente deterioro.

El paciente que concurre al hospital público con una enfermedad que ha cursado casi toda su historia natural; la consulta en extremo tardía en la práctica privada por una patología de diagnóstico sencillo para el especialista; el paciente con diagnóstico e indicación terapéutica que debe retirarse de la institución por él elegida ante trabas administrativas para su atención, son ejemplos de una situación general y, peor aún, muestras de un grupo seguramente mucho más numeroso de pacientes que no vemos y que sufren y mueren sin asistencia médica adecuada.

Cuando consideramos con colegas de nuestra provincia y del país estas situaciones y las dificultades que enfrentamos en nuestra práctica diaria, percibimos fácilmente que el problema es general y nos afecta a todos. Lo preocupante es que en nuestro país a diferencia de otros, el deterioro en la asistencia médica ocurre frente a la pasividad o por lo menos ausencia de reacción organizada de sus actores y responsables principales: los médicos que ejercemos la medicina asistencial. ¿Qué debe hacerse?

En un editorial reciente (1), Caeiro y Chiotti se refieren a la coexistencia de "locura" y "cordura" en el mercado de la salud y proponen un esquema de principios a respetar y objetivos a cumplir en la práctica médica con los que nadie debería disentir. Me parece importante, sin embargo, reconsiderar ese planteo y analizar con detenimiento el significado exacto de ambos términos.

La Real Academia Española (2) identifica a "locura"

Dr. Ricardo Navarro

Servicio de Cirugía Cardiorráxica  
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba

como: privación del juicio o del uso de la razón. Dice en cambio de "cordura": prudencia, buen juicio, hacer reflexión. Dicho de otra manera, se plantea la ausencia o presencia del juicio y la reflexión. Este último término, "reflexión", tiene para la Real Academia Española dos acepciones principales. La primera, derivación del latín "reflectere": volver hacia atrás, significa "considerar nueva o detenidamente una cosa". Ello implica por consiguiente el contar con datos de la actualidad y memoria de hechos pasados relacionados. La segunda acepción es el término fisiológico, tiene origen en otro vocablo latino, "reflexus" y su significado es "movimiento o sentimiento que se produce involuntariamente ante un estímulo".

En esto que ha dado en llamarse el mercado de la salud, no se percibe claramente el uso del juicio, de la reflexión, de la recolección elaborada de datos ni de la referencia a la memoria de hechos pasados similares. Mas bien parece practicarse la forma fisiológica del término: reacciones automáticas ante estímulos en las que los pre-conceptos y la poca objetividad tienen un rol central.

Me parece también importante no olvidar que la "locura" es una afectación psíquica propia de individuos. No se vuelven locos ni el mercado ni las empresas, sino las personas que en ellos actúan y además, -como en otras situaciones humanas existe la simulación-, también quienes aprovechann estados de confusión colectiva para obtener beneficios económicos. El pensamiento de Coffey tiene en nuestro problema de la prestación de servicios de salud una aplicación precisa, todos vemos la necesidad de cambio pero seguimos haciendo la misma medicina. Los principios del Editorial mencionado no son nuevos para nuestra Institución, tampoco lo son sus objetivos, pero no se explicitan en él reales mecanismos ni propuestas concretas para el cambio, sin embargo es claro que se esperan resultados diferentes. Según el criterio de Coffey, estamos locos.

La razón para este estado de cosas tiene a mi criterio dos aspectos, el primero nuestra Universidad, el segundo los costos de la asistencia médica y su consideración insuficiente y equivocada.

En la Universidad se origina el problema de base, el

estructural, manifestado por el exceso de médicos, su mala distribución geográfica, su insuficiente formación teórica y práctica, la elección de especialidades sin relación a necesidades presentes y futuras. En este aspecto nuestra influencia, la de médicos en práctica asistencial activa será siempre ineficaz. Las decisiones están en el ámbito político porque el problema se utiliza como moneda de cambio y especulación política. ¿Qué puede hacerse cuando ex-universitarios, políticos avezados, constitucionalistas, etc. pretenden que se acepte que el proveer a la sociedad profesionales con deficiente formación, sin práctica alguna y además en número excesivo, es un precio razonable a pagar para disponer de libre acceso a educación universitaria?. Como todos sabemos el problema es otro y como todos hemos comprobado no se soluciona con ingresos y egresos universitarios masivos.

En el segundo aspecto, el de los costos de la asistencia médica, sí debiéramos tener participación. El problema es mundial, obedece a múltiples razones y existen consideraciones de todo tipo para enfrentarlo. Sin embargo llama la atención que sobretodo en instituciones de avanzada, con responsabilidad docente, en donde se practica a diario la consulta bibliográfica para actualización, no se utilice esta misma práctica para la solución de los problemas básicamente económicos que llevan a una medicina asistencial inadecuada. La literatura médica de los últimos diez años es particularmente abundante sobre estos temas.

Se ha interpretado el problema como básicamente económico-financiero y las soluciones aplicadas han estado en general dentro de ese ámbito lo cual no es en mi concepto criticable. Cualquier institución con fines de lucro o no, debe atender lo económico-financiero con particular énfasis ya que en ello va su subsistencia. Debe reconocerse sin embargo que luego de varios años, en general no se observan resultados alentadores. Aún en el marco de una cierta estabilidad monetaria o ausencia de inflación la mayoría de las empresas prestadoras de salud están económica y financieramente peor.

Lo cierto es que practicamos una medicina que ni el paciente privado puede, ni las obras sociales y empresas de prepago quieren pagar. Esto último podría calificarse como una actitud esespeculativa, de lucro con la enfermedad de otros o de estafa al afiliado pero, pregun-

témonos: ¿nuestra actividad médica presta seriamente atención al factor costo? Mi respuesta es no. ¿Podría prestarse mejor atención a un menor costo? Absolutamente sí. Sin embargo en mi experiencia la atención de este aspecto no pasa de meras recomendaciones o expresiones de deseos, más aún, los médicos jóvenes se forman como en "otro planeta", ignorando ese aspecto universal de la medicina actual.

Mientras en la literatura aparecen casi a diario consideraciones sobre costo, lineamientos de asistencia para patologías específicas, relación costo/resultados, etc., médicos jóvenes y residentes sin restricción ni control alguno someten a los pacientes a tests de laboratorio y procedimientos de diagnóstico superfluos algunos, inútiles otros.

En realidad a todos nos gustaría ejercer la medicina o dirigir una institución médica sin la existencia de restricciones económicas pero ello ya no existe, al contrario, esas restricciones son un reconocido fenómeno mundial. No se puede proveer toda la asistencia médica disponible y debe por lo tanto elegirse. En nuestra actividad diaria todos tomamos decisiones que afectan la relación costo-beneficio de una determinada atención. Tema tratado repetidamente en la literatura (3-4).

Si la esmerada atención de lo económico-financiero es un aspecto básico de cualquier conducción empresarial, ¿por qué no ha funcionado?. En mi opinión porque se lo ha atendido con dos tipos de medidas, ambas equivocadas.

La primera es la simple restricción en la atención de afiliados a prepagos u obras sociales cuyos pagos son insuficientes. La segunda es la disminución en los gastos de funcionamiento de instituciones que equivocadamente se identifica como reducción de costos.

Las restricciones en la atención de ciertos grupos de pacientes ya sea en forma total o peor aún si es selectiva atendiendo sólo a determinadas patologías, es una inaceptable desviación de la práctica médica que conlleva una manipulación de la libertad en el ejercicio profesional y de la libre elección por parte del paciente.

¿Debe aceptarse que una institución con infraestructura y cuerpo médico habilitados, niegue el acceso a pacientes con determinadas patologías? Más aún, ¿debe aceptarse la existencia de planes de formación médica de

posgrado en esas instituciones? ¿Debe aceptarse que un servicio especializado atienda sólo pacientes de máxima complejidad derivados de otras instituciones y no tenga por consiguiente experiencia en la atención de patología sencilla de esa misma especialidad? ¿Debe aceptarse que un paciente con enfermedad combinada de varios órganos ingrese a una institución para tratamiento de una patología bajo la prohibición por convenio de atender otras? ¿Debe aceptarse la antojadiza división en “niveles” de complejidad que en realidad sólo clasifica a nuestros enfermos según órgano afectado, permitiendo que pacientes que requieren atención de máxima complejidad sean atendidos en forma deficiente sólo por no haberse enfermado de lo que el convenio especifica?

Como es fácil de ver, muchas de estas situaciones no responden a razones médicas fundadas, sobreviven a expensas del descontrol y sólo responden a la necesidad de mantener una capacidad asistencial ya instalada también sin control alguno.

Pregoneros médicos y no médicos de la atención de la salud, confesados opositores del mercantilismo de la medicina, ante nuestra pasividad diseñan estas políticas y ganan muy bien por ello.

Eisenberg (3) enfatiza que la vía final común de políticas de decisión acerca del uso y disponibilidad de servicios médicos sigue siendo el encuentro entre el médico y el paciente. Estos condicionamientos, gestados casi siempre sin la participación de médicos en ejercicio de actividad asistencial ni de eventuales pacientes, sólo tienden a sacar a ambos de esa vía final común.

Nuestras entidades deontológicas debieran cumplir un rol más activo sobre el particular. ¿En qué medida falta a la ética un médico que negocia y firma estos convenios que ponen a colegas e instituciones en la obligación de una práctica médica deficiente? ¿Qué responsabilidad jurídica tienen los directivos no médicos que también intervienen en esos convenios y que resultan en daño a personas?

Nuestro Consejo de Médicos debiera disponer de un mecanismo sencillo de recepción de denuncias sobre el particular, investigarlas y por lo menos opinar públicamente o aplicar sanciones. Similar actitud debieran asumir nuestras Sociedades Científicas, depositarias de la opinión de máxima respetabilidad pero que funcionan co-

mo enclaustradas, con escasa trascendencia hacia la sociedad en la que sus miembros se desempeñan.

La segunda forma, a mi criterio también equivocada, de atender los aspectos económico-financieros de las instituciones prestadoras han sido la disminución de gastos frecuentemente aludida como “reducción de costos”.

En la actividad que debe reconocerse como central en estas instituciones, esto es, “la prestación médica”, vivimos a diario una serie de trabas e incomodidades. Sin embargo cualquiera de nosotros puede verificar que en los últimos 20 años no hemos generado cambios importantes en nuestra forma de atender pacientes, mientras en ese mismo lapso las restricciones económicas se han hecho infinitamente mayores, la tecnología disponible es mayor (y por ende la oportunidad de consumo) y sobre todo la forma de pago de los servicios médicos se ha modificado totalmente.

Lo que debe sumarse a las medidas económico-financieras es un cambio en la forma de práctica médica que responda a necesidades reales identificadas con objetividad y que no sacrifique la responsabilidad profesional ni menosprecie la relación médico paciente. Para ello las instituciones prestadoras de salud deben desarrollar en primer lugar la capacidad de análisis de su actividad en términos de costo real de funcionamiento, utilización de recursos y resultados demostrables.

El problema así expuesto no es diferente del de otras empresas o instituciones productoras de bienes o servicios. En resumen, los costos deben conocerse en detalle y los ingresos deben ser superiores a ellos. En el caso de nuestras instituciones prestadoras de salud ocurren sin embargo algunas particularidades. En primer lugar el costo de la atención médica está constituido por diversos elementos y cada uno de ellos es valorado en forma diferente por la sociedad en su conjunto, por el paciente individual, por el prestador o por el pagador del servicio de salud (3).

Las empresas prestadoras de salud, además de conocer todos los aspectos relacionados a esta estructura, debieran identificar con precisión por lo menos sus costos en su calidad de prestador y discriminarlos claramente en: directos médicos, directos no médicos y costos de morbilidad. No me consta que esto ocurra ni siquiera como intención en nuestras instituciones médicas.

La segunda particularidad de nuestras instituciones, a diferencia de otras empresas, es la forma de pago casi totalmente "fija" de la medicina actual. Cuando el pago se percibe en forma de módulo o capitación no es factible trasladar al consumidor un mayor costo. Por lo tanto, la eventual ganancia está sólo determinada por la reducción en el costo de la prestación en la que el paciente individual es el "producto" cuyo costo debe reducirse y de allí que sólo cambiando la forma de atención médica produciríamos cambios importantes y duraderos.

A modo de ejemplo, el quirófano ha sido siempre reconocido como un área "rentable" en la estructura hospitalaria. Los gastos en su equipamiento y funcionamiento se trasladaban fácilmente al consumidor. Para la forma de pago actual sin embargo, se ha convertido en un "centro de costo" principalísimo en el que continuamente pueden tomarse medidas para su reducción. Pero: ¿qué sucede en nuestra práctica diaria? Los costos son desconocidos, casi nadie propone o exige medidas para su reducción, la costosa "medicina defensiva" es rutina ante la probable mala praxis y todos usamos el costoso tiempo del quirófano a nuestra comodidad como si fuera gratuito.

La cirugía ambulatoria, conocida desde principio de siglo e identificada hace décadas como forma eficiente de reducción de costos además de otras ventajas, se practica tímidamente en algunas instituciones y a una fracción reducida de enfermos, cuando en E.U. es la forma en que se efectúan aproximadamente el 40 % de los procedimientos y existe profusa literatura extranjera y nacional (5), que demuestra su utilidad.

El cuidado domiciliario (Home Care), otro reconocido método de reducción de costos a través de la disminución del período de internación, debió implantarse hace años y recién ahora se esboza como práctica en algunas instituciones. Sin embargo, no parece destinado a obtener costos menores sino a paliar la angustiada escasez de camas.

Como veremos mas adelante sólo a través de la activa participación de profesionales médicos, los cambios necesarios se podrán concretar. Sólo con los datos obtenidos del análisis de la actividad prestacional se podrán cuantificar resultados demostrables de morbilidad, mortalidad, duración de internación, índice de complicacio-

nes, necesidad de infraestructura, profesionales, etc. A su vez, las contrataciones con obras sociales o empresas de medicina prepaga deben estar basadas en estos datos veraces, con un mutuo entendimiento de objetivos y reconociendo ambas partes que sólo la satisfacción del enfermo permitirá la continuidad de la relación.

Las empresas prestadoras de salud deben además tomar conciencia de que la competencia se ha incorporado a la prestación como mecanismo de control de costos y que por consiguiente, quienes dispongan de información demostrable sobre su actividad podrán tomar las medidas adecuadas para reducir sus costos de funcionamiento. Quienes puedan proveer esa información a clientes obtendrán una significativa ventaja en el mercado de la salud. ¿Es factible contar con esa información? Denton (6) propone un mecanismo concreto para obtenerla. Una base de datos en la que se incluye a cada paciente y en la que se incorporan datos administrativos, financieros y clínicos que abarcan índices de calidad de vida y satisfacción del paciente luego se su atención.

Estos datos, a los que puede interrelacionarse, son utilizados para actualización constante de protocolos de manejo, para diseño continuado de medidas de contención de gastos, para evaluación de eficiencia administrativa y además son usados como elemento de marketing en la celebración de contratos con los pagadores de servicios de salud.

Los cuatro principios mencionados por Caeiro y Chiotti (1) son correctos, pero queda mucho por hacer. Debemos tomar conciencia que hay que cambiar, que para ello necesitamos datos ciertos y que debemos entonces diseñar un sistema para su recolección. Estamos desde hace ya tiempo ante problemas nuevos y como decía Albert Einstein: "Los problemas que enfrentamos ahora no pueden ser resueltos al mismo nivel de pensamiento en que estábamos cuando los creamos".

## **PAPEL DEL CUERPO MEDICO**

Desde hace tiempo se enfatiza que la contratación entre proveedores de servicios médicos y empresas administradoras de servicios de salud u Obras Sociales debe: 1) responder al mercado o demanda, 2) estar basada en análisis exhaustivos de datos ciertos, 3) ser de larga duración, y 4) abierta a la posibilidad de nuevos cambios

(7). El tipo de atención médica necesaria para que estas características se cumplan hace imprescindible la participación efectiva del cuerpo médico de la institución en el diseño de políticas. Esta necesidad en general no es ignorada pero no existe en la práctica o se la confunde con la simple información a los médicos de planes ya diseñados por directivos médicos y a veces no médicos y suelen responder a imposiciones de quienes pagarán la prestación.

Los controles de utilización de recursos, la exigencia de resultados y la presión de pagadores

de servicios, significan incentivos económicos diferentes para médicos e instituciones. La reacción debe ser conjunta a través de una genuina discusión y aporte de alternativas. De otra manera, la presión continua de la institución sobre su cuerpo médico por el control de costos, por el acortamiento de internaciones, por el descubrimiento y discusión de resultados terapéuticos adversos, lleva a un deterioro en la relación institución-profesional que la literatura ha puesto en evidencia hace años (7) y que sin duda vivimos actualmente. Esa separación entre la conducción de la institución y el cuerpo médico sólo puede traer efectos negativos y es además fácilmente percibida por pacientes y administradores de servicios de salud. Particularmente expresiva es la opinión de Reece y Combe citada por Brooke (7): "Hospitales y médicos o funcionan juntos, o las compañías administradoras de servicios de salud los colgarán por separado".

## **LINEAMIENTOS DE ATENCION Y PROTOCOLOS DE MANEJO**

Sin duda alguna los costos elevados son la barrera que limita la disponibilidad y calidad de la asistencia médica y el desarrollo de las instituciones. Por otra parte el concepto general e incluso el de observadores profesionales es de que el precio de los servicios de salud es demasiado elevado para su valor y utilidad. Ambos fenómenos obligan tanto a medir, mejorar y demostrar la costo-efectividad de las acciones médicas como también a mejorar su calidad.

Los enfoques puramente financieros, si bien pueden contribuir a mejorar el estado económico de las instituciones prestadoras de salud, corren el riesgo de disminuir tanto gastos apropiados como inapropiados y, por otra parte, las reducciones globales de gastos sin datos reales

previos, pueden representar sólo desplazamientos de costos de una a otra área.

¿En qué áreas del esquema de actividad en la prestación de asistencia médica debe actuarse? Shapiro (8) en su análisis de los factores determinantes del aumento en los gastos de salud ofrece claramente los sitios donde debe actuarse si el objetivo es reducirlos. Ese aumento obedece a dos incrementos: 1) el del precio final de los servicios, y 2) el del volumen de prácticas efectuadas.

Responsables en el aumento del precio final han sido la falta de competitividad real entre instituciones y los costos administrativos y de insumos.

El aumento en el volumen de prácticas obedece a su vez a varios factores a saber: 1) incremento en la tecnología (útil e inútil) que lleva a la sobreprestación, 2) medicina "defensiva" como intento de mejor posicionamiento ante eventuales demandas por mala praxis, 3) exceso y mala distribución de médicos, 4) asistencia por médicos en entrenamientos en centros de complejidad.

Lo notable es que entre los elementos arriba citados algunos han sido identificados hace mucho tiempo y no se evidencian en general medidas planificadas para su efectivo control, mas aún, algunos de ellos como la sobreprestación que han sido criticadas por su utilización en los tiempos del pago "por prestación" siguen ocurriendo consciente o inconscientemente en instituciones con pagos "fijos" como módulos o capitación.

¿Cuáles son las formas de disminuir los costos de las prestaciones médicas sin disminuir la calidad? En teoría existen tres formas

1. **Mediante prácticas de prevención.** Si bien es un principio recomendable y elemental de la medicina, no debe considerarse con ligereza como una forma de disminución de costos. Las instituciones deben analizar cuidadosamente todos los elementos de prácticas preventivas y de diagnóstico precoz y objetivar claramente sus costos. A modo de ejemplo, el practicar exámenes y estudios complementarios destinados a la prevención del cáncer mamario o pulmonar en una población y durante un lapso determinado, no es necesariamente menos costoso que el tratamiento de los eventuales enfermos.

2. **Identificando y eliminando actos médicos innecesarios.** Quizá sea la clave para una medicina de menor costo. En nuestra práctica diaria, mientras algunos direc-

tivos disminuyen gastos a veces indispensables y que malinterpretan como costos, nuestros enfermos son sometidos a estudios complementarios que no cambian en lo mas mínimo su manejo o bien van al quirófano con la "rutina" de laboratorio y consultas preoperatorias cuando la literatura abunda en demostraciones de que esa "rutina" es costosa, inútil y a veces dañosa para el paciente (9) (10) (11).

**3. Eligiendo la menos costosa de dos o mas alternativas.** El desarrollo tecnológico nos ha brindado la posibilidad de contar con varios métodos de diagnóstico y a veces de terapéutica para una misma patología. El uso cotidiano y sobre todo la literatura médica permiten detectar las aplicaciones mas adecuadas. Es frecuente sin embargo ver pacientes que han sido sometidos a a mas de un procedimiento dirigidos al estudio de un mismo fenómeno patológico constituyendo una de las manifestaciones mas comunes de sobreprestación.

La tarea entonces es, a no dudar la investigación de costos y la modificación racional del accionar médico, única forma genuina de adaptarse a los requerimientos de quien paga sin disminuir las expectativas del paciente que recibe la atención, quien se constituirá entonces en el principal sostenedor del convenio bajo el cual es atendido.

Cabe aquí volver al papel del médico dedicado a la tarea asistencial: es él el único capaz de traducir los resultados del análisis de la actividad y de sus costos en estrategias clínicas aplicables al paciente individual en donde costos y resultados puedan resultar modificados en sentido positivo.

El seguimiento de lineamientos de atención o "perfiles" preestablecidos institucionales para el manejo de patologías o síndromes específicos, permite llevar a cabo esa tarea de modificar el accionar médico atendiendo a los costos. La literatura es particularmente abundante al respecto. Una búsqueda a través de la base de datos MEDLINE sólo de los años 93 al 95 permitió ubicar 743 publicaciones en el rubro "practice guidelines". Aunque algunos de estos trabajos llaman a la prudencia en su uso (12), la inmensa mayoría demuestra su efectividad en obtener disminución de costos con mantenimiento o mejoría en la calidad de atención. (13) (14) (15) (16) (17).

Estas llamadas guías o lineamientos de atención, co-

mo las define Welch (18), son mecanismos de control de costos que toman en cuenta la necesidad de los médicos de bloquear la introducción de elementos administrativos en la práctica clínica, y consisten en utilizar "patrones" de atención para patologías y síndromes específicos en vez de recurrir a decisiones clínicas aisladas para cada caso.

Al igual que la estructura de costos, pueden ser utilizadas por distintos participantes del sistema de salud. Los pagadores las utilizan para fijar standards sobre los que definen los montos a pagar. Las instituciones prestadoras pueden usarlas para identificar sobreutilización, justificación de inversiones o incremento de la planta profesional. Aún los propios médicos pueden utilizarlas como método de análisis comparativo en su práctica a fin de detectar desviaciones importantes. Es sin duda un mecanismo válido para la reducción de costos con mantenimiento de la calidad.

Aunque inicialmente el respetar estos esquemas parece comprometer la autonomía del profesional, en realidad ofrece importantes ventajas: 1) si hay un patrón básico es fácil ubicar las excepciones en lugar de que cada caso sea discutible, 2) su existencia garantiza la participación médica en su diseño y revisión, 3) es menos problema una revisión regular de una guía de atención que someter diariamente indicaciones médicas a decisiones administrativas.

## **DIRECTIVOS MEDICOS Y NO MEDICOS EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD**

La evolución de una institución médica y su cuerpo profesional por un lado y por el otro la atención de las limitaciones económico-financieras que impone la actual forma de pago de las prestaciones, son dos aspectos tan disímiles y con necesidades muchas veces contrapuestas, que difícilmente puedan ser atendidas por la misma persona en funciones directivas. Las experiencias conocidas con predominio de uno u otro aspecto en la conducción institucional han sido ambas deficientes. El manejo debe ser conjunto y entonces es lógico la instalación de un "juego de fuerzas" pero nuevamente aquí, si el resultado es el triunfo de un aspecto sobre el otro la institución será perjudicada. El aspecto médico no puede olvidar o equivocarse en lo económico y este no debe pasar a ser el

fin último en una institución prestadora de salud.

¿Dónde está la solución de este aparente dilema?

Andrall Pearson en "La redención de las empresas y los siete pecados capitales" (19), fija como una de las razones fundamentales del deterioro económico empresarial a la pérdida del rumbo dado por el fin para el que han sido creadas, y que debe ser la prioridad y el sentido de todas las políticas y medidas tomadas, en nuestro caso: **"prestar asistencia médica en forma competitiva y costo efectivo"** como lo proponen Caeiro y Chiotti. (1)

Sin embargo, cuando tratamos estos temas con colegas en práctica asistencial activa comprobamos que lo que ocurre es muy diferente. La tarea de preservar nuestras instituciones contra el sinnúmero de dificultades que la situación actual plantea ha llevado a perder el rumbo avasallando y menoscabando la tarea profesional.

Los administradores no médicos, frecuentemente asistidos por médicos apartados de la actividad asistencial, se han constituido en primeras figuras en quienes se depositan todas las esperanzas de salvación institucional. Los médicos, beneficiados unos, perjudicados otros, somos los sumisos ejecutores de esas políticas. ¿Se puede esperar un final feliz con esta situación?

Si la institución es prestadora de salud, las políticas deberán surgir de ideas y propuestas de su cuerpo médico en participación activa. Directivos MEDICOS trazarán las mismas y los administradores no médicos tomarán las medidas económico-financieras necesarias que sirvan a esas políticas, marcarán los límites y señalarán las áreas donde la actividad médica debe modificarse para adecuarla a las necesidades de la actualidad.

## **PRESTADORES DE ASISTENCIA MEDICA Y ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

La aparición de empresas administradoras de servicios de salud es un fenómeno universal. En nuestro país han "florecido" las empresas de medicina prepaga como alternativa a nuestras vapuleadas Obras Sociales.

El hecho de que una empresa diversifique su actividad no es un fenómeno raro, por el contrario es un manejo recomendable de la conducción empresarial y en general permite obtener resultados satisfactorios, sobretodo si la nueva actividad se relaciona de alguna manera con la actividad original o central. No parece criticable

entonces que instituciones cuya actividad original es la prestación de asistencia médica, amplíen su campo de acción a la administración de servicios de salud.

Pero, ¿Cuáles serían los objetivos? 1) El más mezquino será simplemente aprovechar los conocimientos del mercado para obtener beneficios económicos. 2) Otro más plausible sería utilizar las ganancias de la administración de salud para respaldar el desarrollo de la prestación, equipamiento, docencia e investigación, que no alcanzan a cubrirse con los ingresos que el sistema actual puede brindar. 3) Un tercero también encomiable sería garantizar para la prestación de salud una población importante de afiliados que garantice el aporte de pacientes en número adecuado.

Como dice A. Caeiro (20) "La institución tiene que ofrecer a cada uno de sus especialistas el máximo caudal de enfermos para que puedan ser hombres de real experiencia y autoridad".

No parece evidente que ninguna de las tres cosas hayan ocurrido en instituciones prestadoras que han incursionado en el campo de la administración de salud.

Cabe también aquí que nos preguntemos: ¿Cuáles son las razones? ¿Será también esto, fruto de la actividad demoníaca de quienes pagan la salud en su afán de terminar con nuestras instituciones? ¿Serán aquellos monstruos de las sombras, de empresas multinacionales que comprarán nuestras instituciones por monedas y reducirán a la esclavitud a los profesionales? Estos son los mensajes que recibimos con frecuencia.

Creo que existan o no estas razones, hay otras más directas para explicar porqué la administración de servicios de salud no ha dado los beneficios esperados. La primera y fundamental es que dada la afinidad entre una y otra, nuestros directivos las han confundido. Volviendo a Andrall Pearson, (19) se comete uno de los siete pecados capitales empresariales. Se confunde la actividad nueva con el fin central u original. Es frecuente que directivos tomen decisiones en ambos ámbitos, que los análisis económicos sean globales y hasta que se confundan los índices de actividad de uno y otro.

La "prestación" y la "administración de servicios de salud" en el ámbito privado tienen en común el brindar asistencia médica a cambio de una retribución. Sin embargo, para la primera el éxito económico depende del



nivel de actividad,, esto es número de pacientes atendidos y de la eficiencia con que se lo haga o sea mejores resultados con la menor utilización de recursos. Para la administración de salud, lo económico dependerá de otros factores muy diferentes, número de afiliados, edad, estado previo de salud, etc., determinantes del volumen de servicios utilizados que de una u otra forma deberán pagarse. Esto que es la base de funcionamiento de ambas actividades, exige que el factor costo sea también aquí tenido en cuenta, tanto el prestador debe saber lo que gasta para cada práctica médica como el administrador de salud conocer el costo que significan sus procesos administrativos y la atención de aquellos afiliados que requieren asistencia médica.

En mi experiencia esto no ocurre, mas aún, hasta suele confundirse como hecho deseable el aumento de actividad en base a pacientes afiliados al prepago de la misma institución.

La excelencia, tantas veces pregonada como la vía para una buena atención médica, no parece haber alcanzado a muchos directivos de la administración de servicios de salud. Menos aún parece que esa actividad haya brindado todavía aporte alguno para que esa práctica de la excelencia tenga lugar con nuestros enfermos. Por el contrario, los profesionales de la medicina la practicamos sumisamente cada día peor, como contribución a la subsistencia de la administración de servicios de salud.

Creo que salvo raras excepciones existe un enfoque equivocado del problema. Se ha insistido en identificar al pago insuficiente e irregular de las obras sociales como causa prácticamente única del problema y se recurrió a la administración de salud como una manera de conseguir que las instituciones sigan funcionando.

Es fácil entonces comprender que el dinero mensual "fresco" de la administración de salud se defiende como el bálsamo que calmará la llaga de la deficitaria prestación de salud.

Lo que debe reconocerse es que el desconocimiento de los costos reales de funcionamiento de la mayoría de las instituciones médicas, y la carencia de una actividad médica consciente de esos costos y de la constante necesidad de su reducción, influye tanto para que los pagos de

obras sociales sean insuficientes, como para que la administración de salud sea mucho menos rentable de lo que se supone.

## CONCLUSION

El camino que transitamos no es el correcto pero hay formas para cambiar. Las políticas y objetivos son sin duda las expuestas por Caeiro y Chiotti (1). La forma de llevarla a cabo difiere mucho de las actuales:

**Sólo la participación cierta de los profesionales en práctica asistencial activa, el diseño de una estructura de costos, cambios reales en nuestra práctica diaria que lleve a costos menores, y una demostración clara de la utilidad de la administración de servicios de salud como apoyo a la prestación, permitirán salvar nuestras instituciones médicas.**

Es por consiguiente imprescindible que nosotros, profesionales de la salud en práctica activa, los únicos con los conocimientos médicos necesarios para cambiar, abandonemos nuestra pasiva actitud de espectadores de este circo de bien intencionados actores, aficionados, oportunistas y mesiánicos depositarios de la salud general donde al final, como en la Roma antigua, algún enfermo es devorado por el león de su enfermedad mal atendida.

Nuestras entidades científicas y deontológicas deberán también asumir un rol mas activo ante la sociedad tanto expresando sus opiniones como defendiendo o sancionando a profesionales según corresponda.

**En una época los médicos tuvieron casi completa autonomía profesional.**

**Si completaban su entrenamiento y obtenían su certificación por una entidad profesional, tenían asegurado el respeto y confianza del público y virtualmente nadie llevaba registro de su actividad profesional.**

**¡Que diferencia hacen una pocas décadas!**

**Hoy, decisiones médicas de todos los días son registradas, monitorizadas, reguladas y sus opiniones acerca de pacientes individuales pueden ser abolidas por empleados anónimos de empresas administradoras de servicios de salud.**

*Kassirer J.P., N.E.J.M. 1994; 330-634-5*



## BIBLIOGRAFIA

1. Caeiro T., Chiotti G. locura y cordura en el mercado de la salud (Editorial) Exper. médica 1996; 14-45-6.
2. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 1992.
3. Eisenberg J.M. The internist as gatekeeper. Ann. Int. Méd. 1985; 102:537-43.
4. Ferraina P.A. "Cirugía ambulatoria". Relato Oficial, 62 Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, 1991.
5. Eisenberg J.M. Clinical economics. A guide to the economic analysis of clinical practices. JAMA, 1989; 262:2879-86.
6. Brooke P.P. Succesfully managing managed care: Organizational skills needed by hospitals to compete in an era of managed care. Topics in health care financing, 1992; 19:1-10.
7. Denton T.A., Chau A., Matlof J.M. A cardiothoracic surgery information system for the next century: Implications for managed care. Ann. Thorac. Surg. 59; 486:93.
8. Shapiro D.W., Lasker R.D., Bindman A.B., Lee P.R. Containing costs while improving quality of care. The role of profiling and practice guidelines. Annu. Rev. Publ. Health, 1993; 14:219-41.
9. Nan B.J., Hansen T.R., Warner M.A. Preoperative laboratory screening in helthy Mayo patients: Cost-effective elimination of tests and unchanged outcomes. Mayor Clin. Proc., 1991; 66:155-9.
10. Apfelbaum J., Roizman M.F., Robinson D. et. al. How frequently do asymptomatic patients benefit from the pursuit of abnormalities in the preoperative tests results? Anesthesiology, 1990; 73:11254.
11. Kaplan E.B., Sheiner L.B., Boeckman A.J. et. al. The usefulness of preoperative laboratory screening. JAMA, 1985; 253:3576-81.
12. Woolf S.H. Practice guidelines: a new reality in medicine. III Impact on patient care. Arch. Intern. Med., 1993; 153:2646-55.
13. Welch H.G., Miller M.E., Welch W.P. Physician profiling. An analysis of impatient practice patterns in Florida and Oregon. N.E.J.M. , 1994; 330:607-12.
14. Kaiser G.C. Practice guidelines in cardiothoracic surgery. Ann. Thorac. Surg., 1995; 60-S1-S58.
15. Holtgrewe H.L. Economic issues and the management of benign prostatic hyperplasia. Urology, 1995; 46S:23-5.
16. Dudley M. Guidelines to reduce X ray examinations in accident departments. (letter) BMJ, 1995; 311-329-30.
17. Weingarten S.R., Riedinger M.S., Conner L., Lee T.H., Hoffman I., Johnson B., Ellrod A.G. Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain. An interventional trial. Ann. Intern. Med., 1994; 120:257-63.
18. Jacox A., Carr D.B., Payne R. New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. N.E.J.M., 1994; 330:651-5.
19. Pearson A.E. Corporate redentions and the seven deadly sins. Harvard Bussiness Review. May-Jun, 1992.
20. Caeiro A.G. Del hombre y de su formación. Biffignandi SRL. Córdoba, 1981, pág. 88



Nunca el hombre parece tan grande como cuando confiesa su pequeñez,  
ni para nada se necesita mas fuerza que para ser humilde.  
*Concepción Arenal*