

Schiavone, Miguel Ángel

Eficiencia, calidad y equidad en la gestión de servicios hospitalarios

Revista Adecra Cedim Año 14, N° 3, 2011

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Schiavone, MA. "Eficiencia, calidad y equidad en la gestión de servicios hospitalarios" [en línea]. *Revista Adecra Cedim*. 2011;14(3). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/rectorado/eficiencia-calidad-equidad-schiavone.pdf> [Fecha de consulta:.....]

EFICIENCIA, CALIDAD Y EQUIDAD EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

LO IMPORTANTE

La población comenzó a entender que la equidad tan anhelada no es posible sin calidad en la atención y eficiencia en la gestión.

Los hospitales sufrieron una gran transformación desde sus orígenes en que tenían como objetivo el aislamiento y la caridad ayudando al "bien morir" de los enfermos, hasta la situación actual en que brindan una atención de la salud integrada e integral a la población.

La explosión del saber "científico", los nuevos métodos diagnósticos y las modernas terapéuticas llegaron al hospital produciendo un importante crecimiento de las sectores científico-profesionales; pero no ocurrió lo mismo con los componentes técnico-administrativos.

La magnitud y fuerza vectorial de estos últimos no alcanzó a igualar el desarrollo de los primeros, inclusive en algunos casos la expansión científico-profesional eclipsó e inhibió el crecimiento técnico-administrativo.

Este crecimiento desproporcionado y en algunos casos anárquico requiere que apoyemos una verdadera transformación en la gestión hospitalaria: los profesionales asistenciales deben entender que su propio crecimiento está en juego si no se modifican las técnicas de gestión en el hospital.

La población, receptora final de los servicios que brinda el hospital, así como "algunos" niveles políticos y gremiales, comenzaron a entender que la equidad tan anhelada no es posible sin calidad en la atención y eficiencia en la gestión. Manteniendo el actual modelo de atención, la asistencia médica científica no llega a todos los sectores, la calidad de los servicios sufre un permanente deterioro y el gasto en atención médica va en aumento.

Parecería, por el discurso de políticos y por lo que expresan los medios de comunicación, que existe

consenso en que el modelo está agotado y que el sistema hospitalario está en crisis, pero al momento de presentar nuevas propuestas se evidencia una falta total de creatividad.

Los prejuicios, la resistencia al cambio, el temor a perder el status quo, y las pasiones y emociones hacen que se pierda la razón y se vuelvan a utilizar las mismas recetas de siempre, más de lo mismo. Hace falta creatividad y racionalidad pero sin perder la pasión.

¿Es posible que en instituciones tan complejas como un hospital no se desarrollen áreas como marketing y comunicación social, gestión de calidad, higiene y seguridad, ingeniería biomédica o que áreas tan vitales, como un departamento de sistemas o uno de legales no existan formando parte de la estructura formal? ¿Es posible que no se busquen fuentes alternativas de financiamiento, ni se mejoren las existentes? ¿Que no se trabaje con una red informática integral uniendo a todos los efectores?

Es necesario y obligatorio aplicar nuevas técnicas de gestión para conducir estas instituciones en donde trabajan miles de agentes, se asiste a cientos de miles de personas, se promueve la salud de las personas que viven en su área programática y se administra un presupuesto millonario en un marco de máxima interacción social.

Conducir y gestionar un hospital implica decidir y para ello es requisito básico disponer de la legalidad que otorga el acceder por concurso al cargo de Dirección, pero también hace falta autoridad resultante de la suma de aptitud y actitud en el desempeño de la tarea así como compromiso con la institución que se conduce.

FIG. 2 FACTORES CAUSALES DE LA CRISIS HOSPITALARIA**A. VINCULADOS A LA DEMANDA DE SERVICIOS:**

- Deterioro del empleo, incremento del mercado informal, disminución de aportes a la Seguridad Social.
- Incremento de la pobreza y las desigualdades, nuevos- viejos problemas de salud.
- Transición demográfica epidemiológica, aumento de la esperanza de vida al nacer y mayor demanda a los servicios de salud.
- Descreme y selección adversa: la emergencia y la atención catastrófica, los pobres, los crónicos y los ancianos encuentran respuesta en el hospital público.
- Incremento de la demanda sin presupuesto ni infraestructura para dar adecuada respuesta.
- Demanda condicionada por la oferta y no relacionada con las necesidades de la población.

B. VINCULADOS A LA OFERTA:

- Deterioro del rol rector del Estado, falta de una planificación integral.

- Estructuras hospitalarias caídas y no actualizadas acorde a la complejidad de los nuevos servicios hospitalarios.
- Plantas físicas antiguas no adaptables a los nuevos objetivos programáticos del hospital.
- Falta de legitimidad ante la opinión pública.
- Deterioro de la calidad y oportunidad de las respuestas.
- Rechazo de pacientes y problemas de referencia y contrarreferencia.
- Falta de regionalización, descentralización y capacidad gerencial.
- Ausencia de Redes de Servicios y sistemas georeferenciales.
- Énfasis retórico en la atención primaria.
- Boom tecnológico e incremento de los costos de atención, dificultades ya no en la incorporación sino en el mantenimiento de las nuevas tecnologías.
- Falta de nuevas propuestas de financiamiento.
- Falta de programas de capacitación e incentivos del recurso humano.

EL DATO

La buena atención hospitalaria se convirtió en un medio para asegurar la correcta atención de la salud de la población.

FIG. 3 PROPUESTAS PARA EL CAMBIO DEL MODELO HOSPITALARIO PÚBLICO

- Enfocarse en la atención de pacientes agudos y enfermos críticos, hospitales de alta resolución.
- Internación por cuidados progresivos.
- Contener el crecimiento de camas o reducir las mismas, sólo posible si se implementan el resto de las propuestas que permitan prevenir la enfermedad o resolver los problemas de salud en forma oportuna en el primer nivel de atención.
- Desempeño hospitalario basado en las mejores evidencias científicas, medicina basada en evidencias, incorporación de tecnología apropiada.
- Gestión financiera sustentable, nuevas fuentes de financiamiento y gasto relacionado con el crecimiento económico.
- Informatización y uso de la información para la gestión hospitalaria.
- Programas de gestión de calidad, hospitales al servicio del cliente.
- Desarrollo de esquemas de acreditación de servicios.
- Estrategia de atención primaria y área programática, integración del hospital con los centros de salud y los cuidados especializados ambulatorios extra hospitalarios.
- Contención de costos hospitalarios, mediante protocolos de atención y centros de costos.
- Gestión por polos, integración horizontal y vertical, regionalización y redes de servicios.
- Nuevas tecnologías: telemedicina, internación domiciliaria, cirugía ambulatoria, cuidados post-egreso, hospital de día, rehabilitación en el hogar y comunitaria (hospital de crónicos sin paredes).
- Unidades diagnósticas y terapéuticas extra hospitalarias: diálisis, oncología, unidades obstétricas, centros de prácticas diagnósticas (laboratorio-radiología) y consultorios de especialidades médicas, centros de rehabilitación ambulatorios.
- Integración público-privada.
- Rendición de cuentas, unidad de auditoría interna y externa, informes a la población.
- Capacitación del recurso humano y programas de incentivos y competencias (estímulo al trabajo, el compromiso, la idoneidad y la honestidad).
- Desarrollo de la Gestión Clínica, capacitando de los jefes de servicio en la implementación de este modelo.
- Gerencia Hospitalaria como maestría, especialidad, u otros estudios de postgrado como requisito para liderar estas instituciones.

Al momento de dirigir un hospital público deberán considerarse aquellas características específicas que condicionan la toma de decisiones (Fig. 1) las que serán de utilidad al construir nuestro análisis FODA.

Según el marco legal, el hospital debe dar “todo a todos”, pero con una asignación presupuestaria no acorde con esta premisa, así en las condiciones actuales sólo se puede dar “todo a algunos” o “algo a todos”.

Las Obras Sociales y las empresas de medicina pre-paga tienen un Programa Médico Obligatorio (PMO) y ajustan su presupuesto al mismo, de la misma forma elaboran sus programas médicos acorde a un padrón de afiliados; pero ¿cuál es el PMO del hospital público? y ¿cuáles son sus derechohabientes (población con derecho a recibir prestaciones) para programar los servicios? ¿Son los residentes de su área programa? ¿Son los habitantes de toda la jurisdicción? ¿Se debe incluir a los extrajurisdiccionales?

Un tema no menos importante es el de los recursos asignados al hospital. En el imaginario popular cuando se les pregunta a los trabajadores del sector el origen de los fondos, en general la idea es que los recursos son de origen mágico e inagotables; pues bien los recursos no son mágicos (los que pagamos los impuestos lo sabemos) ni inagotables (porque todos los recursos son finitos en el tiempo). Quebrar esta creencia en el hospital es transitar el camino de la eficiencia.

La propuesta no es reducir el gasto en salud y el presupuesto del hospital; en realidad éste siempre debería ir en aumento ya que la inversión mas rentable hoy en el mundo es invertir en el ser humano; pero gastar más no significa gastar bien.

Mayor presupuesto para el hospital implica buscar y explorar nuevas fuentes de financiamiento, nunca cobrando al paciente, pero sí a terceros pagadores que hay y muchos, pero nuevamente se requiere decisión política y creatividad.

Estos y otros factores (Fig. 2) contribuyeron al deterioro del hospital como institución rectora.

El Hospital Público deberá recuperar su rol en el sistema de salud:

- a) Como factor alternativo de ponderación y equilibrio en la oferta de servicios.
- b) Como referencia académica en el campo de la docencia e investigación.
- c) Como modelo indicativo en los procesos técnicos y organizacionales.

En tal sentido se presentan en la (Fig. 3) una serie de propuestas para el cambio.

El objetivo programático del hospital público sin fines de lucro deberá ser el de garantizar una atención integrada e integral a la población bajo cobertura, brindando óptima calidad de servicios y máxima eficiencia en la gestión, con una administración descentralizada por polos y una financiación multicéntrica, integrado en una red de servicios.

La meta será la de lograr hospitales públicos eficientes con máximo rédito social.

La atención hospitalaria se convierte así en un medio para asegurar la atención de la salud de la población y, esta última, en un requisito necesario para alcanzar el desarrollo. ▲

ERRÓNEAMENTE SE CREE
QUE LOS RECURSOS DE LOS
HOSPITALES SON DE ORIGEN
MÁGICO E INAGOTABLES.

FIG. 1: CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL PÚBLICO SIN FINES DE LUCRO

- Responden a estrategias y políticas que escapan a su control directo.
- Están limitados en la selección de mercados o grupos de clientes.
- Deben equilibrar las decisiones políticas de los niveles centrales con las necesidades del cliente.
- Escaso nivel de competitividad intra y extrasectorial.
- Cultura laboral de los trabajadores públicos.
- Se financian por un sistema presupuestario que subsidia a la oferta y no a la demanda.
- El principal recurso es el personal, en su mayor parte universitario que toma decisiones en el acto asistencial sin intervención jerárquica inmediata.
- Están muy regulados legalmente tanto en derechos como en obligaciones.
- Tienen fines asistenciales pero también docentes, de investigación y hasta hospedaje social.
- Constituyen un mercado sin techo en su canasta prestacional, en donde consumen los enfermos, compran los médicos y paga un tercero.